

El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI

Una aproximación interdisciplinaria

EDITORES ACADÉMICOS
Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Diana Patricia Guerra Mazo
Martha Beatriz Gaviria Londoño
Jaime León Gañan Echavarría
Yuly Andrea Marín Ospina
Víctor Stephen González Quintero

EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD
EN COLOMBIA EN EL SIGLO XXI

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA

EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN COLOMBIA EN EL SIGLO XXI

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA

EDITORES ACADÉMICOS

Gabriel Jaime Otálvaro Castro

Diana Patricia Guerra Mazo

Martha Beatriz Gaviria Londoño

Jaime León Gañan Echavarría

Yuly Andrea Marín Ospina

Víctor Stephen González Quintero

© Gabriel Jaime Otálvaro Castro; Diana Patricia Guerra Mazo;
Martha Beatriz Gaviria Londoño; Jaime León Gañan Echavarría;
Yuly Andrea Marín Ospina; Víctor Stephen González Quintero
© Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública
© Personería de Medellín
ISBN: 978-958-5596-40-5
ISBN E-book: 978-958-5596-28-3
Primera edición: Diciembre de 2019

Imagen de cubierta: *Marcha en homenaje a las víctimas en Granada* (fotografía). Jesús Abad Colorado.
Medellín, 2008. Archivos Fotográficos del Autor (fotografía utilizada con la autorización del Autor)
Diseño de cubierta y diagramación: Luisa Fernanda Bernal Bernal, Imprenta Universidad de Antioquia
Corrección de texto: Ivonne Alonso Mondragón
Proceso editorial: Daniel Alejandro Cardona Henao
Impresión y terminación: Imprenta Universidad de Antioquia

Impreso y hecho en Medellín, Colombia/Printed and made in Medellín, Colombia
Se autoriza la reproducción total o parcial, por cualquier medio y para fines académicos, siempre que se haga el debido reconocimiento a los editores y autores, respetando los Derechos de Autor.

Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
Calle 62 No. 52-59
Medellín, Colombia, Sudamérica
Teléfono: (574) 219 68 00
Correo electrónico: grupogestionypoliticas@udea.edu.co

Personería de Medellín
Centro Cultural Plaza la Libertad, carrera 53A No. 42-101
Medellín, Colombia, Sudamérica
Teléfono: (574) 384 99 99
Correo electrónico: info@personeriamedellin.gov.co

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

El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI. Una aproximación interdisciplinaria / Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Diana Patricia Guerra Mazo, Martha Beatriz Gaviria Londoño y otros, editores académicos -- 1. edición. -- Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Personería de Medellín; 2019.
480 páginas.
ISBNe: 978-958-5596-28-3

1. Derecho a la salud - Colombia. 2. Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Acción de tutela. 4. Género y salud. I. Otálvaro Castro, Gabriel Jaime, editor. II. Guerra Mazo, Diana Patricia, editora. III. Gaviria Londoño, Martha Beatriz, editora. IV. Título.

LC KHH3435
344.861/0321-dc23

Catalogación en publicación de la Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

CONTENIDO

Prólogo.....	11
Presentación.....	13
Introducción.....	15
PARTE I. PERSPECTIVAS JURÍDICO-POLÍTICAS	
Bloque de Constitucionalidad en Salud. Más allá del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano <i>Jaime León Gañan Echavarría.....</i>	23
La institucionalización del derecho a la salud en Colombia: la tensión entre la transformación y la persistencia <i>Daniel Felipe Patiño Lugo, José Pablo Velásquez Escobar, Claudia Marcela Vélez, Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Víctor Stephen González Quintero, David García Arias, Claudia Ortega Dávila, Valentina Espinosa Ruiz</i>	40
Sistemas de salud y derecho a la salud: análisis político transnacional <i>Claudia Marcela Vélez y Daniel Felipe Patiño Lugo.....</i>	76
Los valores del activismo judicial y su impacto en la formulación de políticas públicas en salud en Colombia: estudio de caso <i>Claudia Marcela Vélez.....</i>	109

PARTE II. EL OBSERVATORIO, UN ACTOR DE CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA

- Trayectoria del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín 2008-2018.
Una apuesta por la construcción de ciudadanía
Diana Patricia Guerra Mazo, Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Víctor Stephen González Quintero, Valentina Espinosa Ruiz, Susana Roldán Ricardo, Juan Manuel Londoño Fonnegra, Claudia Ortega Dávila, Laura Elena Guerra Bedoya y Luisa Fernanda Peláez Figueroa..... 141
- La acción de tutela por el derecho a la salud en Medellín. Tendencia y aproximación general a las tutelas en salud cogestionadas por la ciudadanía en la Personería de Medellín entre 2008 y 2018
Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Daniel Felipe Patiño Lugo, Diana Patricia Guerra Mazo, Víctor Stephen González Quintero, Claudia Ortega Dávila y Valentina Espinosa Ruiz..... 170
- La tutela como acceso al derecho fundamental a la salud
Jorge Emilio Salazar Flórez, Víctor Alfonso Gómez Calderín, Fernando León Tobón Londoño, Diana Patricia Guerra Mazo, Juan Manuel Londoño Fonnegra, Susana Roldán Ricardo, Luisa Fernanda Peláez Figueroa y Laura Elena Guerra Bedoya 193
- El Observatorio por el Derecho a la Salud de Medellín en el horizonte de los objetivos de desarrollo sostenible 2020-2030
Eliana Martínez Herrera y Joan Benach..... 210

PARTE III. EMERGENCIA DE LUCHAS POR EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS

- Consultorio de Seguridad Social Integral, Universidad de Antioquia 2003-2018. Una apuesta por la defensa del derecho a la salud y a la seguridad
Yuly Andrea Marín Ospina..... 227

Defender la vida. El estigma y exclusión social no son obstáculos insalvables para la garantía del derecho fundamental de la salud <i>Martha Beatriz Gaviria Londoño</i>	249
Luchas por el reconocimiento en el sistema de salud: la experiencia de hombres que tienen sexo con hombres que viven con VIH <i>Sebastián Marín Posada e Isabel Cristina Posada Zapata</i>	271
Experiencias de mujeres (cisgénero y transgénero) víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado en relación con la atención en salud mental en Medellín <i>Diana Cristina Sánchez Pérez y Gabriel Jaime Otálvaro Castro</i>	292
Por el derecho a la salud de las personas LGBTI <i>Olga Patricia Melo Barbosa y Marta Cabrera</i>	314
La estigmatización de los consumidores de drogas y la vulneración de sus derechos fundamentales <i>Andrés Felipe Tirado Otálvaro</i>	324
Garantía del derecho a la salud mental en el municipio de Medellín <i>Ayda Luz Piñeros Martínez</i>	353
Derecho a la salud de las personas con discapacidad en Colombia <i>Natalia Eugenia Gómez Rúa</i>	372
Movilización social en Colombia por el derecho a la salud en el trabajo en el siglo XXI. El caso de las Asociaciones de Trabajadores Enfermos por el Trabajo <i>Mauricio Torres-Tovar</i>	391

Violencia, vida y políticas públicas: el vórtice de la violencia en Medellín, más que contar muertos <i>Deiman Cuartas Celis, Héctor Iván García García, María Victoria López, Carlos Alberto Giraldo, María del Pilar Pastor Durango y Marleny Cardona Acevedo</i>	412
Derecho a la salud y ruralidad en Colombia: las políticas sectoriales y poblacionales en el marco del conflicto armado interno <i>Steven Orozco Arcila</i>	434
Epílogo.....	465
Autores y autoras	473

PRÓLOGO

El presente libro, *El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI. Una aproximación interdisciplinaria*, pretende generar conciencia sobre lo que ha sido la evolución del derecho a la salud en Colombia, en el nuevo modelo de Estado Social de Derecho, a partir de la promulgación de la Constitución Política de 1991.

Los autores abordan los temas, en una primera sección, desde la evolución y desarrollo del derecho a la salud y el bloque de constitucionalidad, además de hacer un análisis de derecho comparado.

En una segunda sección, y teniendo como fundamento las experiencias del “Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud”, de la Personería de Medellín, en su décimo aniversario de creación, se reconocen su gran importancia y sus aportes para la garantía de este derecho a grupos poblacionales vulnerables y a la población en general, cumpliendo la función para la cual fue creado. Una de las tareas que ha realizado con gran eficiencia es el asesoramiento a las personas en la presentación de acciones de tutela, pretendiendo tanto el acceso efectivo a los servicios de salud como una oportuna y eficiente atención, que se les garantice a estas personas el goce de su derecho en óptimas condiciones.

En una tercera sección, se presenta un análisis crítico sobre la evolución del derecho a la salud, pues si bien con el apoyo de diferentes actores sociales se logró elevar a la categoría de derecho fundamental, con la expedición de la Ley Estatutaria No. 1751 de 2015, la necesidad de reclamar la efectividad de ese derecho sigue siendo por vía de tutela.

Lo anterior hace evidente que en Colombia se sigue presentando vulneración a los derechos de las personas, en especial a las menos favorecidas, excluidas o estigmatizadas, lo que hace necesario que se visibilice su situación y que se promulguen políticas públicas que les otorguen una verdadera protección.

Esta es una interesante propuesta para reflexionar sobre este derecho a la salud que “es de todos y responsabilidad de todos”.

Carmen Helena Castaño Cardona

Magistrada Sala Laboral Tribunal Superior De Medellín

PRESENTACIÓN

Durante toda la vida de un ser humano se presentan diferentes momentos que le llenan de regocijo, de felicidad, satisfacción, tristeza, dolor, hay triunfos y fracasos; una vida está llena de buenos y malos momentos. También podría decirse que nacemos, crecemos, envejecemos y morimos, eso somos los seres vivos: una ecuación lógica que domina la existencia humana. Pero todo esto, toda esta vida, está limitada por un factor trascendental: la salud. Esta es implacable y perentoria, por ello gozar de buena salud es un tesoro, y cuando tenemos afectaciones nos resulta preocupante. Aferrarnos a la vida, disfrutarla en su esplendor es el deseo de todos, quisiéramos morir de viejos y sanos; pero la salud es tan intangible, tan imprecisa, tan aleatoria, que pensamos poco en ella. Hacemos planes para todo: nuestra educación, los viajes, el trabajo, nuestra vida cotidiana, pero no hacemos planes de nuestra salud y muchas veces se la dejamos al destino y a la suerte.

En Colombia la vida siempre ha sido un derecho fundamental pero la salud no. Solo con su positivización en la Constitución Política de 1991, con los desarrollos doctrinales y jurisprudenciales de la Corte Constitucional y la Ley Estatutaria, se consolida ese raigambre de iusfundamentalidad anclada en el principio Pro Homine y lógicamente en la Dignidad Humana. Desde entonces el Estado colombiano debe garantizar el goce efectivo e irrenunciable de los derechos interdependientes e indivisibles en lo individual y colectivo en aras de la igualdad real y material de todas las personas, en especial de aquellas más vulnerables.

Hace diez años la Personería de Medellín creó el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud buscando la materialización del derecho a la salud, como derecho vital de todo ciudadano. No obstante, aunque se ha reconocido la salud como un derecho fundamental, debe decirse que persisten, y se resisten a desaparecer, las barreras de acceso a la salud. Aun así, hoy, después de diez años, solo tenemos satisfacción, pues ha sido una férrea tarea sin descanso, y tenemos la convicción de estar contribuyendo en la efectivización del derecho fundamental a la salud.

Somos la única Personería del país que tiene un Observatorio de Derecho Fundamental de la Salud, que participamos activamente en la gestión de las políticas públicas de nuestro municipio, lideramos en nuestro departamento la red de controladores en defensa de la salud. Asimismo, hemos intervenido en proyectos de ley que reforman el sistema de salud, igualmente somos órgano consultivo de la Honorable Corte Constitucional en dicha materia. Han sido diez años llenos de retos y barreras que hemos sabido enfrentar y superar, una década que nos ha dejado la satisfacción del deber cumplido en defensa de la dignidad y la calidad de vida de quienes nos han necesitado.

El sistema de salud en Colombia ha evidenciado graves defectos, es por ello que nuestro compromiso es seguir protegiendo el derecho fundamental a la salud como nuestra misión constitucional, social y humana. Nuestro objetivo ha sido y seguirá siendo un sistema de salud que nos permita vivir de forma digna en todas las etapas de nuestra vida, sin discriminación por sexo, raza, credo, filiación política o condición económica o social.

El derecho a la vida, el derecho a la seguridad social, el derecho a vivir dignamente, a gozar de nuestros derechos son inalienables e imprescriptibles.

Guillermo Durán Uribe
Personero de Medellín
2016-2020

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia de 1991 inauguró un nuevo momento en la vida de nuestro país, al definirse como un Estado Social de Derecho y establecer la soberanía en el pueblo del cual emana el poder público. Con la Constitución se promovió la descentralización política, se impulsó la participación ciudadana y se definió la acción de tutela como una acción constitucional de defensa de sus derechos fundamentales, entre otras modificaciones. Sin embargo, a la par de esta transformación, tuvo lugar una reforma estructural del Estado que incorporó el ideario neoliberal en la orientación de la economía, propugnó por la reducción y reorientación del papel del Estado, impulsó la privatización de las empresas públicas y afianzó la implementación de una política social asistencialista y focalizada. Es decir, hacia el final del siglo XX, el país fue sacudido por dos grandes movimientos históricos contradictorios: en primer lugar, el impulso democratizador y posibilitador de nuevas ciudadanías sociales de la Constitución, y, en segundo lugar, las transformaciones derivadas de las políticas neoliberales, con las que se modificó de manera sustancial el marco institucional y las relaciones entre el Estado, la ciudadanía y el mercado.

En ese contexto de democratización y transformación del Estado tuvo lugar la reforma del sistema de salud en Colombia de 1993, la cual, desde la propia Constitución, permitió la participación de particulares en la prestación de los servicios de salud bajo suprema dirección y sujeción del Estado. Por lo tanto, y en sintonía con el ambiente político y cultural del momento histórico, en torno al desarrollo del nuevo sistema de salud se

produjo un arreglo institucional favorecedor de la mercantilización de la salud, y se generó un movimiento social y político tendiente a la institucionalización de mecanismos para la protección y garantía del derecho a la salud. Lo anterior derivó en el reconocimiento jurídico y político del carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, que reconoce el carácter de fundamentalidad de tal derecho a partir, entre otras, de la Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional, 2008) y su consolidación en la Ley Estatutaria de la Salud (Congreso de la República, 2015) y la declaración de constitucionalidad contenida en la Sentencia C-313 de 2014.

El recorrido histórico en Colombia del reconocimiento social y político de la salud como un derecho humano fundamental, como condición básica del ejercicio de una sólida ciudadanía social, es incipiente y contradictorio, toda vez que resultan evidentes los desencuentros y la incoherencia entre las ideas, las reglas de juego institucional y la experiencia vivida por la ciudadanía. No obstante, dicho proceso ha dinamizado vigorosamente los debates políticos y ciudadanos relacionados con la salud de las dos últimas décadas en el país.

En el 2009, en uno de los momentos de mayor movilización social y debate político en torno a la salud en el país, nace el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín, que ha devenido en experiencia pionera e innovadora de la garantía, protección integral y promoción del derecho a la salud en Colombia. Este Observatorio fue creado con el fin de contribuir a la visibilización de los problemas estructurales de dicho derecho, buscando alternativas de solución para lograr la materialización y el goce efectivo del mismo. Desde este espacio se ha producido nuevo conocimiento, relevante para comprender la situación concreta del proceso de exigibilidad y goce efectivo del derecho fundamental a la salud en diferentes grupos humanos de la ciudad. Asimismo, se ha liderado la construcción de rutas de acceso a servicios, se han generado procesos sistemáticos de monitoreo, diálogo social y propuestas de solución a problemáticas de acceso, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud en la región. También

se ha participado en la construcción de propuestas de ley para lograr la fundamentalidad del derecho a la salud; en ese sentido, el monitoreo al comportamiento de las tutelas en salud en la ciudad ha sido un aporte significativo para orientar la toma de decisiones políticas a nivel local y nacional.

La Personería ha contribuido en la búsqueda de soluciones para lograr la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud de población privada de la libertad, población migrante, víctimas del conflicto armado, adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, grupos poblacionales de diferentes identidades étnicas, entre otros. El Observatorio ha hecho presencia en diferentes espacios del territorio urbano y rural del municipio de Medellín para promover y difundir el derecho fundamental a la salud; ha acompañado y cualificado procesos organizativos en salud, ha liderado estrategias de inspección, vigilancia y control en salud desde las cuales se verifica y exige el cumplimiento de los valores, fines y principios del derecho y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Después de una década de trayectoria, el Observatorio se ha posicionado como un referente en Colombia, dada su experiencia singular e innovadora. Esto se debe a que una de sus principales fortalezas es facilitar el diálogo entre los actores del sistema de salud, a la vez que demuestra una importante capacidad para monitorear, vigilar e incidir positivamente en el goce efectivo de la salud de personas connacionales y extranjeras.

En relación con la historia de la consolidación del derecho a la salud en el país, la última década ha sido especialmente significativa en el proceso de transformación de las ideas y del señalamiento de la responsabilidad del Estado con la protección y realización plena e integral de este derecho. La promulgación de la Ley Estatutaria de la Salud (Congreso de la República, 2015) consolidó un marco referencial e interpretativo en relación con el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, cuya doble naturaleza, individual y colectiva, demanda un refinado y complejo arreglo institucional para proveer el cuidado de la salud con criterios de universalidad, oportunidad, integralidad y equidad. Pero a su

vez, también requiere una amplia participación ciudadana en la toma de decisiones relacionadas al cuidado, la protección y la recuperación de la salud. Incluso, más allá de esto, requiere la implementación continua y articulada de un conjunto de políticas públicas de diferentes sectores, capaces de producir un entramado de procesos sociales protectores y posibilitadores de la vida y de la salud, en condiciones de soberanía, solidaridad y sustentabilidad. Un desafío societal de gran calado que aún está en construcción.

Sin embargo, si la Ley Estatutaria de la Salud fuese acogida y apropiada en estricto apego a la ley, a la doctrina y la jurisprudencia constitucional, la realidad del sistema y de las políticas de salud, la de los trabajadores, la situación de los hospitales públicos y la vivencia ciudadana serían diferentes. Fortalecer estos aspectos daría un mayor y más profundo significado e impacto social y sanitario. No obstante, la evidencia demuestra con contundencia que la institucionalidad y la experiencia ciudadana no han cambiado ostensiblemente. El comportamiento creciente y sostenido de las tutelas en salud a nivel nacional, aún después de la Ley Estatutaria, podría ser, entre otros un indicador de lo anterior.

Es evidente la tensión entre las políticas del marco institucional y la experiencia ciudadana. El contexto complejo y contradictorio demanda de nuevas miradas, de nuevas preguntas e interpelaciones que señalen y afirmen los rumbos necesarios para consolidar la materialización plena, cotidiana y universal del derecho fundamental a la salud.

Con estos elementos como telón de fondo, la conmemoración del 10° aniversario del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud y las preguntas por lo sucedido en el país luego de promulgada la Ley Estatutaria de la Salud, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y la Personería de Medellín realizaron una convocatoria abierta para recoger miradas, análisis y aportes desde múltiples perspectivas. Esto con el ánimo de enriquecer la comprensión del momento histórico presente y afianzar la búsqueda de soluciones que permitan consolidar la experiencia ciudadana de goce efectivo y sin obstáculos del derecho

fundamental a la salud en búsqueda de un mejor vivir; a la luz del bloque de constitucionalidad en salud y de los elementos esenciales que guían su materialización.

Este libro es una compilación de diecinueve textos derivados de investigaciones relacionadas con desarrollos teórico-metodológicos, hallazgos y análisis de situaciones poblacionales, de temáticas específicas y aprendizajes relacionados con la construcción del derecho a la salud. A su vez, es el resultado de las luchas, la materialización, la garantía y la exigibilidad del derecho fundamental a la salud a nivel local, departamental y nacional.

El manuscrito consta de tres secciones, la primera, ofrece al lector una visión panorámica del derecho a la salud en Colombia desde una perspectiva conceptual y legal, precisando el desarrollo y la evolución de este derecho en el bloque de constitucionalidad, así como los arreglos institucionales y los ajustes al sistema de salud acaecidos por las ramas públicas del poder en el país. Esta sección cierra con la presentación del rol de los valores sociales y políticos del activismo judicial y su impacto en la formulación de políticas públicas en salud en Colombia; a su vez, desde el análisis político comparado ubica las diferentes visiones y ordenamientos del derecho fundamental a la salud en diferentes países del mundo.

La segunda sección está estructurada alrededor de textos relacionados con la trayectoria y las lecciones del Observatorio después de 10 años en la defensa del derecho fundamental a la salud y la construcción de ciudadanía con la intervención del Ministerio Público para la exigibilidad oportuna y real de este derecho. Así mismo, aborda el análisis del comportamiento de las tutelas de salud en Medellín que, en la Personería, han sido cogestionadas por la ciudadanía. Se identifican además importantes hallazgos en materia de efectividad e integralidad de estas acciones constitucionales. La sección finaliza con algunas propuestas de proyecciones para el Observatorio en el marco de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y sus objetivos de desarrollo sostenible, para lo cual se señalan aspectos sociales y políticos que instan al Observatorio a

mantener esfuerzos en defensa del derecho fundamental a la salud como instrumento de gestión pública, con ideales de justicia social para la ciudad y el país. Además, vale decir que dicha agenda contempla los actuales contextos de migraciones mixtas y protección a refugiados como un ethos universal.

Por último, la sección que cierra el contenido de este libro presenta textos en relación al derecho fundamental a la salud, tanto en temáticas como en poblaciones específicas, entre las cuales se encuentran: situaciones de estigma, exclusión social y luchas por el reconocimiento del derecho fundamental a la salud en personas desplazadas por la violencia, habitantes de calle, consumidores de drogas, afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, víctimas de violencia sexual, población LGBTI, enfermos por tuberculosis, personas con discapacidad, asociaciones de trabajadores enfermos por actividades laborales. Incluye, además, abordajes sobre las políticas públicas sectoriales y poblacionales en el marco de la violencia y el conflicto armado interno. Al igual que experiencias similares como el Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad de Antioquia, como propuesta institucional para la asesoría y acompañamiento de la población en la superación de barreras de acceso a servicios de salud.

Los autores y autoras buscan aportar con este libro una visión crítica y reflexiva acerca de la garantía del goce efectivo y material del derecho fundamental a la salud desde diversas áreas del conocimiento a nivel local, regional y nacional. Lo anterior se realiza con el fin de contribuir al debate académico y social sobre la defensa del derecho fundamental a la salud como verdadero derecho integral e integrador en la búsqueda del buen vivir de las personas en nuestro país.

Editores Académicos

Parte I

PERSPECTIVAS JURÍDICO-POLÍTICAS

BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD EN SALUD. MÁS ALLÁ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

Jaime León Gañán Echavarría

Introducción

El camino hacia la formalización de la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo en Colombia no fue un proceso fácil, ni lo ha sido su desarrollo, ni su evolución conceptual y legal. Menos aún parece serlo su entendimiento como un derecho humano y seriamente fundamental, ya no desde la norma, sino desde la vida misma, desde su posibilidad de goce efectivo y material en su dimensión de servicio público esencial. Bajo ese panorama, el recorrido y la evolución de la Salud en Colombia, desde sus consideraciones primigenias como asistencia pública hasta su actual reconocimiento, ha pasado por un camino difícil. Esto ha estado relacionado desde lo formal como un derecho fundamental, pasando en tal devenir histórico por las posiciones jurisprudenciales de ser un derecho fundamental por vía de conexidad o extensión, o de conexidad presunta o de serlo por vía de la

trasmutación. Lo anterior, junto con su posibilidad de materialización, en especial de la acción de tutela en salud se ha visto coadyuvado por la evolución, también conceptual, del significado de un Estado Social, del propio bloque de constitucionalidad y de su trascendencia y, lógicamente, la importancia de los principios como normas que se edifican en la dignidad humana.

En ese sentido, este trabajo pretende detallar el contenido general y específico en la actualidad del llamado bloque de constitucionalidad en salud en Colombia con el fin de reiterar la innegable esencia del derecho a la Salud y, por ende, su entendimiento como un derecho humano y seriamente fundamental fincado en reconocimientos universales que hacen hoy parte de nuestro sistema de fuentes del derecho a la salud; y en consecuencia que la materialización real y efectiva de tal derecho debe obedecer igualmente a los debidos postulados.

El artículo tiene como base una mirada cualitativa, anclada en el método hermenéutico y en el análisis del contenido del llamado bloque de constitucionalidad y lógicamente en múltiples sentencias de la Corte Constitucional sobre el tema. El trabajo se dividirá en tres secciones así: consideraciones generales, conceptos generales del bloque de constitucionalidad y, por último, bloque de constitucionalidad en salud en Colombia.

Consideraciones generales

El artículo partirá de algunas consideraciones de tipo general sobre el estado actual del Derecho a la Salud en Colombia desde lo conceptual, lo legal y lo jurisprudencial con el fin de establecer las bases esenciales del bloque de constitucionalidad en salud.

En primer lugar, se partirá de la concepción del derecho a la Salud en clave de lectura del Estado social, esto es un derecho integral e integrador y bajo la premisa que tal derecho implica necesariamente la garantía real a gozar de la mejor calidad de vida y de bienestar posible que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades,

en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general bajo la premisa de la teoría del enfoque de derechos¹.

En segundo lugar, también se enfatiza en el arduo y tortuoso camino que la Salud ha debido recorrer para considerarse hoy en Colombia; por lo menos, desde lo formal, como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo, a pesar de haberse constitucionalizado expresamente, entre otros, en los artículos 44 y 49 de la Constitución Política de 1991. Recorrido que, actualizado tanto en lo jurisprudencial como en lo legal, podría resumirse y describirse como el *decurso de una fundamentalidad anunciada* (Gañan, 2013). Esto contempla: i) derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, ii) doble connotación del derecho a la salud: fundamental y asistencial, iii) derecho a la salud como un derecho fundamental por conexidad, iv) derecho a la salud como un derecho prestacional, v) derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo en el caso de algunas poblaciones específicas o conexidad presunta, vi) derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo en el caso de los contenidos del POS –hoy PBS, Plan de Beneficios de Salud– o teoría de la trasmutación, vii) derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo a la luz de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, viii) todos los derechos constitucionales son derechos fundamentales. De esta última postura jurisprudencial de la Corte Constitucional colombiana dan fe, entre otras, las Sentencias C-520 de 2016 y T-193 de 2017 al determinar en sus apartes que:

En cuanto los inconvenientes dogmáticos, la jurisprudencia constitucional ha llegado a un consenso, nutrido por las normas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, acerca de la aplicación en el plano de la

.....

1 Parte de un principio ético que reconoce que todas las personas tienen derecho a un determinado estándar de bienestar material y espiritual y que todos somos iguales en valor y dignidad. Se elimina la dimensión de la caridad en el desarrollo y se hace énfasis en el hecho de que todos somos titulares de derechos y titulares de deberes.

protección de los derechos constitucionales, de las propiedades de indivisibilidad e interdependencia que les son atribuibles. Por ende, se ha concluido que todos los derechos constitucionales son derechos fundamentales, pues cada uno de ellos encuentra un vínculo escindible con el principio de dignidad humana, fundante y justificativo del Estado Social de Derecho. Por lo tanto, la tesis de la *conexidad* entre los derechos sociales y los derechos fundamentales, como presupuesto para la justiciabilidad de aquellos, perdería sustento al preferirse esta visión integradora del carácter *iusfundamental* de los derechos.²

En tercer lugar, y a manera de resumen de este apartado, podría afirmarse que el derecho a la salud presenta en la actualidad las dimensiones de Derecho Fundamental Autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo, desde las miradas legales como las jurisprudenciales. Entre estas se encuentran, por un lado, la dimensión de *sistema*, en forma principal creado por la Ley 100 de 1993 y normas concordantes, y, por el otro, la dimensión de *servicio público esencial* en lo referente al tema de atención de urgencias. Recorrido que ha sido marcado por el entendimiento del llamado bloque de constitucionalidad y de los derechos, principios y elementos a él aparejados como el de dignidad humana y principio *pro homine*, entre otros.

Del bloque de constitucionalidad. Una breve revisión de sus aspectos generales

Como se ha venido detallando, la concepción actual del derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo no es una concesión gratuita en Colombia. Por muchos años se debatió su naturaleza jurídica a

.....
 2 Véase la Sentencia C-520 de 2016. Magistrada Ponente: María Victoria Calle Correa. También véase la Sentencia T-193 de 2017. Magistrado Ponente: Iván Humberto Escruce Mayolo. Igual y con relación al derecho a la Seguridad Social, véase la Sentencia T-327 de 2017, del magistrado Ponente Iván Humberto Escruce Mayolo.

fin de aforar la protección de tal derecho, por ende, su materialización real y su goce efectivo se consiguió con acciones como la de tutela, que en comienzo solo era para los “derechos fundamentales”, como está presente en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991. Como señala, entre otros, la defensoría del Pueblo, estos esfuerzos han dejado algunos muertos en el camino y mucha desesperanza. En el recorrido hacia la iusfundamentalidad del derecho a la salud, sin duda, la teoría del bloque de constitucionalidad, su entendimiento, su apropiación en el sistema de fuentes de derecho en nuestro país y su aplicación formal y material en múltiples decisiones judiciales y administrativas ha sido un catalizador importante para aprehender principios, derechos, elementos esenciales, características y contenidos universales y amplios del derecho a la salud.

Sobre el bloque de constitucionalidad, la Sentencia C-225 de 1995, del Magistrado ponente Alejandro Martínez Caballero, determinó que está compuesto

por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas de valor constitucional, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a veces contener mecanismos de reforma diversos al de las normas del articulado constitucional *stricto sensu*. (Énfasis del autor)

En efecto, el mandato de la Constitución Política de Colombia de 1991 sobre la integración de normas y principios que, sin aparecer formalmente en su articulado deben ser parte integrante de su texto y comprensión, son de clara lectura en varios preceptos del texto superior³.

.....

3 La Corte ha señalado con claridad que siempre que se habla de bloque de constitucionalidad se hace porque en la Constitución una norma suya así lo ordena y exige su integración, de suerte que la violación de cualquier norma que lo conforma se resuelve en últimas en una violación del Estatuto Superior. Esto significa que la incorporación

Entre otros artículos de la Constitución podemos citar como estructurantes del bloque de constitucionalidad: el 9º, en cuanto determina que las relaciones exteriores del Estado se fundamentan en el reconocimiento de los principios del derecho internacional aceptados por Colombia; el 44, toda vez que los niños, niñas y adolescentes gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia; el 53, en cuanto estipula que los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna. Así mismo, y como centro estructural del llamado bloque de constitucionalidad, es posible citar el artículo 93 por cuanto determina que los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en estados de excepción, prevalecen en el orden interno. A esto se le puede sumar otro apartado de la ya citada Sentencia C-225 de 1995 en donde se dice que:

el único sentido razonable que se puede conferir a la noción de prevalencia de los tratados de derechos humanos y de derecho internacional humanitario es que éstos forman con el resto del texto constitucional un “bloque de constitucionalidad” , cuyo respeto se impone a la ley [...]

Como es obvio, la imperatividad de las normas humanitarias y su integración en el bloque de constitucionalidad implica que el Estado colombiano debe adaptar las normas de inferior jerarquía del orden jurídico interno a los contenidos del derecho internacional humanitario, **con el fin de potenciar la realización material de tales valores.** (Énfasis del autor)

Así mismo se determina que la interpretación de los derechos y deberes consagrados en la Constitución se hará de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. Igualmente, se debe referir el artículo el 94 toda vez que señala que

.....
de una norma al bloque de constitucionalidad debe tener fundamento expreso en la Carta. Véase Sentencia C-401 de 2005. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

la enunciación de los derechos y garantías contenidos en la Constitución y en los convenios internacionales vigentes no deben entenderse como la negación de otros que, siendo inherentes a la persona humana, no figuren expresamente en ellos. Precepto que a nuestro juicio permite la ampliación del bloque de constitucionalidad con el común denominador de que lo integren derechos inherentes a la persona humana.

Es de resaltar con relación al artículo 94 la posibilidad que ha permitido de ingresar al sistema de fuentes de derecho colombiano los llamados “derechos innominados”⁴ y de permitir también la ampliación de la concepción del bloque de constitucionalidad a derechos y principios inherentes a la persona humana y, por ende, al fortalecimiento conceptual de nuestros derechos y principios. Siguiendo el hilo conductor es posible también referir el artículo 101 al establecer que los límites son los establecidos en los tratados internacionales que sobre esta materia haya suscrito y ratificado Colombia, y el 214.2 que refiere que no podrán suspenderse los derechos humanos ni las libertades fundamentales y que en todo caso se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario. También es clara la referencia al bloque de constitucionalidad cuando el artículo 4º del Decreto 2591 de 1991 determina que los derechos protegidos por la acción de tutela se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

Establecida la teoría del llamado bloque de constitucionalidad, es importante determinar que según la jurisprudencia al respecto el bloque ha sido catalogado en *strictu sensu* y en *lato sensu*⁵. En sentido estricto estaría

4 Solo como ejemplo de un derecho innominado en salud se citará el Principio del “Right to Try” referido ampliamente en la Sentencia T-057 de 2015. Magistrada ponente: Martha Victoria Sáchica Méndez.

5 “Efectivamente, resulta posible distinguir dos sentidos del concepto de Bloque de Constitucionalidad. En un primer sentido de la noción, que podría denominarse bloque de constitucionalidad *stricto sensu*, se ha considerado que se encuentra conformado por aquellos principios y normas de valor constitucional, los que se reducen al texto de la Constitución propiamente dicha y a los tratados internacionales que consagren derechos humanos cuya limitación se encuentre prohibida durante los estados

conformado por el preámbulo, los tratados limítrofes ratificados por el Estado, los tratados de derecho humanitario, los tratados que reconocen derechos intangibles, los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia cuando se trate de derechos reconocidos, la doctrina de los tribunales internacionales de derechos humanos, al menos como parámetro de interpretación, y los convenios de la OIT y la doctrina elaborada por sus órganos de control. En sentido amplio también lo integrarían las leyes estatutarias, de convocatoria y orgánicas.

En resumen, podríamos referir que el bloque de constitucionalidad es la integración de los principios, preceptos y normas constitucionales con los principios, preceptos y normas contenidas en forma especial en los instrumentos jurídicos internacionales que declaren, consagren o definan derechos inherentes a la persona humana; así como sus garantías, justicia-bilidad e interpretaciones autorizadas de los mismos.

Del bloque de constitucionalidad en salud en Colombia

Referido el bloque de constitucionalidad como parte integrante de nuestro ordenamiento jurídico, y su contenido parte del sistema de fuentes de derecho, también es posible señalar que la vía conceptual, legal y jurisprudencial de la salud, ha sido en gran parte motivada por los principios, elementos, características, componentes y declaraciones del derecho a la

.....
de excepción" (Constitución Política, Artículo 93) Más recientemente, la Corte ha adoptado una noción *lato sensu* del bloque de constitucionalidad, según la cual aquel estaría compuesto por todas aquellas normas, de diversa jerarquía, que sirven como parámetro para llevar a cabo el control de constitucionalidad de la legislación. Conforme a esta acepción, el bloque de constitucionalidad estaría conformado no sólo por el articulado de la Constitución sino, entre otros, por los tratados internacionales de que trata el artículo 93 de la Carta, por las leyes orgánicas y, en algunas ocasiones, por las leyes estatutarias. Véase la Sentencia C-401 de 2005. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

salud en múltiples instrumentos de tipo internacional, los cuales han sido retomados por nuestra jurisprudencia, por la norma estatutaria y por la doctrina colombiana⁶. Pero lo anterior se dio desde un proceso discursivo inicial de negación de la fundamentalidad de tal derecho hasta la afirmación de la salud como un derecho fundamental por vía de conexidad o extensión con otros de los llamados *derechos fundamentales* –capítulo I de la Constitución Política de 1991–, o por otras vías como la conexidad presunta o la ficción de la trasmutación de derechos, hasta reconocerse hoy en día como un verdadero derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Los anteriores son algunos de los elementos estructurales de entendimiento del derecho a la salud que han permitido el reconocimiento de una dimensión de la salud como derecho universal, más allá de los componentes estructurales de un Sistema; en especial, más allá de nuestro actual Sistema General de Seguridad Social colombiano creado por la Ley 100 de 1993, reformado por las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2001, entre otras; a la vez que fue reglamentado por múltiples normas de carácter administrativo.

La dimensión de la salud como un derecho humano fundamental permite afirmar que ni el sistema ni el Plan de Beneficios en Salud son el derecho a la salud, toda vez que la salud y el derecho a la misma, a la luz del bloque de constitucionalidad, hacen parte de los derechos humanos entendidos como inherentes a la persona humana, como interdependientes e indivisibles, como integrales e integradores y como vías esenciales de consecución de bienestar y de un buen vivir. Es decir, determinan la vida digna y con calidad como fines esenciales del ser humano en un Estado social y la salud como un derecho humano y seriamente fundamental que

.....

6 Entre otros muchos, es de resaltar el activismo del Observatorio por el Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín. Activismo que se ha visto reflejado en muchas acciones en pro del derecho fundamental a la salud y de ellas se destaca el libro *Experiencias de un Observatorio de Salud en Colombia*.

la hace posible materialmente⁷. En cambio, el SGSSS y el Plan de Beneficios en Salud, tal como están estructurados en Colombia, solo son una restringida forma de sistematizar y de limitar el contenido a unas cuantas contingencias de la salud –en especial a las contingencias de Enfermedad y Maternidad, en el SGSSS–.

En esa tensión entre la dimensión de la salud como un derecho humano fundamental autónomo y la dimensión de la salud como sistema, muchas veces ha sido prevalente el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano sobre el propio derecho. En ese sentido han sido múltiples los casos de las barreras de acceso interpuestas por el SGSSS que han vulnerado principios y elementos esenciales del derecho a la salud en su fundamentalidad y que, en consecuencia, han trasgredido los caros principios y elementos del bloque de constitucionalidad en salud, desconociendo no solo su prevalencia sino también su especial fuerza normativa y el aforo para su justiciabilidad, con acciones y mecanismos especiales de garantía, protección y de defensa (Defensoría del Pueblo 2003, 2005 y 2018). Tensión entre dimensiones que en ocasiones ha implicado hasta a la muerte de los pacientes, por falta de atención oportuna, inmediata, integral y humana.

A manera solo de ejemplo, entre múltiples sentencias que realizaron la necesaria articulación entre los postulados de los instrumentos

7 La noción de lo “fundamental” es una expresión que se utiliza para resaltar que el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental no debe ser solo formal, sino que debe trascender a su goce real y efectivo. Además, que su protección debe hacerse bajo la integralidad de acciones o mecanismos que los *derechos fundamentales* tienen en Colombia desde la propia Constitución Política e, igualmente, la acción de tutela, esto es: aplicación inmediata, Artículo 85 de la Constitución; reserva de ley para su reglamentación a través de una Ley Estatutaria, artículo 152; no suspensión en estados de excepción, Artículos 93 y 214.2; Artículo 4º de la Ley 137 de 1994; Artículo 27 de la Convención Americana de DDHH; y poseer una protección especial para su modificación, Artículo 377 de la Constitución. Véase, por ejemplo, como el derecho a la salud, en su calidad actual de derecho fundamental, está regulado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que lo reconoce como tal, como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad en salud y el derecho a la salud en Colombia, podemos citar por su importancia histórica y conceptual la T-760 de 2008, del Magistrado ponente José Manuel Cepeda, al determinar que:

El derecho a la salud debe verse a la luz de los sistemas de protección de derechos humanos, internacional e interamericano. El derecho a la salud es una garantía ampliamente reconocida en el derecho internacional de los derechos humanos, así como también, en los sistemas regionales de protección. La fundamentalidad e importancia del derecho a la salud dentro de los derechos humanos ha sido reconocida expresamente por el órgano competente para interpretarlo, y se refleja en el lugar que este ha ocupado en la génesis y desarrollo del sistema internacional de protección a los derechos humanos. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está estrechamente vinculado a la dignidad humana y es presupuesto del goce efectivo de buena parte de los demás derechos fundamentales.

De igual manera, y muy especialmente, se resalta la T-016 de 2007 del Magistrado ponente Humberto Sierra Porto al referir: “5. La protección que le otorga el ordenamiento constitucional al derecho a la salud **se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional**. Son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la salud.” (Énfasis del autor)

Como ejemplo de temas específicos en salud se puede señalar el de la Sentencia T-857 de 2013, Magistrado ponente Alberto Rojas Ríos, referida a la salud de las personas privadas de la libertad, en cuanto afirmó que:

4.7. Por su parte, **desde organismos internacionales se han fijado pautas específicas de tratamiento de personas en estado de privación de la libertad**. Sobre estos estándares la Corte hará referencia en relación con el caso en estudio.

4.8. En este sentido, el principio 24 del *Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión*, establece la obligación de ofrecer un examen médico apropiado al momento del ingreso en el lugar de detención o prisión. (Énfasis del autor)

Igualmente, como ejemplo se detalla la ya mencionada Sentencia T-057 de 2015, de la Magistrada ponente Martha Victoria Sáchica Méndez, en cuanto detalla:

Así las cosas, la sala estima que, **con base en el artículo 94 Superior, existe un derecho fundamental innominado “a que sea intentado” o “right to try”** [...] El derecho a intentar ha sido objeto de recientes desarrollos legislativos en cinco Estados de la Unión Americana (Colorado, Montana, Missouri, Arizona y Luisiana) y cuenta con algunos fallos judiciales en la materia. En esencia, se trata de que se agoten **todas** las posibilidades científicas existentes, incluso de carácter experimental, siempre y cuando se cuente con la orden del médico tratante, para los **casos desesperados** en los cuales no parece existir ninguna otra opción, bien sea de recuperación o de evitar un inminente fallecimiento del paciente. Se trata, en consecuencia, de “situaciones límite”. (Énfasis del autor)

También la Sentencia T-322 de 2018, del Magistrado ponente Alberto Rojas Ríos, referente al tema del Bypass por laparoscopia detalla:

La salud es un derecho humano esencial e imprescindible para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano, entonces, debe tener la garantía al disfrute del más alto nivel posible de salud que le posibilite vivir dignamente. **Dentro del marco de regulación internacional es importante tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC, respecto del alcance del derecho a la salud, por cuanto el aludido pacto hace parte del bloque de constitucionalidad.** (Énfasis del autor)

Como bien se aprecia, para llenar de contenido el bloque de constitucionalidad en Salud, la Corte Constitucional y la doctrina en general han tenido como base múltiples instrumentos de carácter internacional. En ese sentido se pueden citar con relación a los instrumentos internacionales que hacen parte del Bloque de Constitucionalidad en salud, entre otros muchos, los siguientes: Declaración Universal de Derechos Humanos; Declaración Universal de Derechos Humanos Emergentes; Pacto

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Observaciones 3 y 14 del Comité del PIDESC; Código Iberoamericano de la Seguridad Social; Protocolo de San Salvador; Pacto de Alma Ata, Almaty; Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos; Declaración de Doha; Declaración de Lisboa; Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. También se resaltan, entre otros instrumentos, el Convenio 102 de la OIT, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

De la mayoría de ellos se resalta su valiosa determinación conceptual y normativa del derecho a la salud como un derecho humano fundamental, sin ambigüedades y sin la necesidad de intersecciones teóricas para el reconocimiento de su fundamentalidad autónoma. Por su importancia conceptual y práctica se hace referencia a los componentes que incorpora el PIDESC de 1966 y las observaciones 3 y 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CDESC, las cuales constituyen el marco de condiciones fácticas que propenden por la eficacia real del derecho a la salud y de la seguridad social⁸. En tal sentido, la Observación general 14 determina como elementos esenciales la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. La existencia real de las condiciones de los elementos esenciales referidos debe invitar –en palabras de la OMS y de la propia Observación 14– al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente a cada individuo.

Si comparamos los elementos esenciales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad con nuestra propia Constitución y con la normativa que desarrolla el derecho a la salud en Colombia, especialmente la actual Ley 1751 de 2015⁹, podemos observar puntos normativos

8 Se interrelacionan en procura de hacer efectivo tal derecho, de acuerdo con las condiciones prevalecientes de cada país, sin que ello implique que estas, en un momento determinado, busquen la inactividad total o permanente de dicho Estado.

9 Téngase en cuenta que el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 establece los elementos y principios del derecho fundamental a la salud y en consecuencia modifica el

comunes que son enunciados como principios o como fundamentos del derecho a la salud¹⁰ tales como el principio de la dignidad humana, el principio *pro homine*, el de equidad, progresividad del derecho, solidaridad, interculturalidad, continuidad y oportunidad que devienen de instrumentos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad en salud. Precisamente en términos de leyes estatutarias que hacen parte del bloque de constitucionalidad en salud podríamos citar en Colombia la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, también podríamos referir la respectiva Sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1618 de 2013, ya que en ellas se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. También es relevante mencionar la Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones que, pese a no ser en sí misma una ley estatutaria, efectivamente estipula en su artículo 3º que la salud mental es un derecho fundamental¹¹.

Finalmente, en términos de justiciabilidad del derecho fundamental a la salud, se reitera la Convención Americana de Derechos Humanos de San José, Costa Rica, en cuanto estipula en su Artículo 25 la Protección Judicial así:

.....
 artículo 153 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 que, a su vez había predeterminado los principios del SGSSS.

10 Así, desde el preámbulo de la Constitución se encuentran contenidos propios de igualdad, participación y un orden político, económico y social justo. De la misma manera, hay principios fundamentales del pluralismo y de la dignidad humana como base del Estado social de derecho. Es el compromiso por la efectividad de los derechos, ya que se reconoce y protege la diversidad étnica y cultural, la vida como derecho inviolable, la igualdad formal y material, la libertad en general y las libertades especiales.

11 Es de resaltar que la Ley 1616 de 2013, mucho antes de la expedición de la Ley Estatutaria en Salud y de la evolución conceptual del Derecho a la Salud como un Derecho Humano Fundamental, ya esta norma lo estipulara con relación a la Salud Mental. También es particular que su estipulación lo fuese en una ley ordinaria.

1. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus **derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención**, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales. (Énfasis del autor)

Como corolario de la anterior estipulación de la Convención Americana de Derechos Humanos de San José de Costa Rica, en 1991 la Constitución Política de Colombia consagró en su artículo 86 la Acción de Tutela para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales. Acción que aunada a lo estipulado en su Decreto reglamentario en cuanto lo ya referido en el artículo 4º sobre la interpretación de los derechos tutelados a la luz de los derechos humanos ratificados por Colombia, lo cual permite afirmar la importancia del bloque de constitucionalidad en salud no solo desde su contenido sino también desde su defensa, justiciabilidad y materialización real del mismo.

Conclusiones

- La salud se constitucionaliza en Colombia con la entrada en vigor de la Constitución Política de 1991. Antes no estaba consagrada ni como servicio, ni como derecho.
- Pese a la constitucionalización de la salud, la fundamentalidad de tal derecho fue ampliamente discutida, en especial para efectos de su protección vía la acción de tutela.
- La discusión de la fundamentalidad o no discurrió desde la concepción de la salud como un servicio, o como un derecho meramente prestacional o de segunda generación hasta las nociones jurisprudenciales de su fundamentalidad por vía de conexidad o extensión con otros de los derechos típicamente fundamentales.
- En la actualidad la Salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo con una dimensión de servicio público esencial.

- El derecho fundamental a la salud es un derecho amplio e integrador, no solo en el sentido integral del Sistema General de Seguridad Social. Por tanto, debe incluir, todas las condiciones básicas para que un ser humano tenga una vida digna con calidad y bienestar. El derecho a la salud no puede ni debe limitarse a la noción de sistema. El sistema conlleva la fundamentación procedimental, pero el sistema no es el derecho.
- La noción actual del derecho a la salud como un derecho humano fundamental y autónomo es en gran parte fruto de la incorporación conceptual, jurisprudencial y legal del bloque de constitucionalidad en el sistema de fuentes de derecho colombiano.
- El bloque de constitucionalidad en salud, tanto en sentido estricto como en su sentido amplio, ha permitido el entendimiento de tal derecho desde la principalística. Restableciendo, por lo menos desde lo formal, a la dignidad humana y al principio *pro homine* como epicentro de la protección y como fin esencial de las acciones, políticas públicas, planes y programas estatales en un Estado social.

El derecho a la salud en Colombia se ha alimentado de los múltiples instrumentos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, esto le ha dado la esencia de un verdadero derecho inherente a la persona por el solo hecho de ser persona humana; ha reconfigurado sus principios, sus elementos esenciales y características en pro de su prevalencia como derecho y ha podido, en muchos eventos, prevalecer en la tensión entre su esencia y las estipulaciones normativas del SGSSS.

Bibliografía

- Defensoría del Pueblo. (2015). *Informes defensoriales. La tutela y el derecho a la salud 2003-2017*.
- Gañán E, Jaime León (2013). *Los muertos de la Ley 100. Prevalencia de la Libertad Económica sobre el Derecho Fundamental de la Salud: Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Gañan, J. (2013) "De la Naturaleza Jurídica del Derecho a la Salud en Colombia". En *Revista Monitor Estratégico*, (3). Colombia: Supersalud.
- Observatorio de Salud, Personería de Medellín y Universidad de Antioquia (2011). *Experiencias de un Observatorio de Salud en Colombia*. Medellín: Editorial La Carreta.

Normativa y jurisprudencia

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.
- _____ (1955). *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos*.
- _____ (1966 a). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- _____ (1966 b). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (2008). *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas*.
- Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión. (28 de abril de 1998). Sentencia T-153. [MP. Eduardo Cifuentes Muñoz].
- _____ Sala Segunda de Revisión. (31 de julio de 2008). Sentencia T-760. [MP. Manuel José Cepeda Espinosa].
- _____ Sala Primera de Revisión. (28 de junio de 2013). Sentencia T-388. [MP. María Victoria Calle Correa].
- _____ Sala Plena. (29 de mayo de 2014). Sentencia C-313. [MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo].
- _____ Sala Sexta de Revisión. (30 de marzo de 2017). Sentencia T-193. [MP. Iván Humberto Escruería Mayolo].
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2012). *Código Iberoamericano de la Seguridad Social*. Madrid, España: Secretaría General OISS.

Leyes, Decretos, Resoluciones y Circulares

- Congreso de Colombia. (1993). Ley del Sistema de Seguridad Social Integral. [Ley 100 de 1993]. DO: 41.148.
- _____ (09 de enero de 2007). Ley por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007]. DO: 46.506.
- _____ (21 de enero de 2013). Ley de Salud Mental. [Ley 1616 de 2013]. DO: 48680.
- _____ (27 de febrero de 2013). Ley por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. [Ley 1618 de 2013]. DO: 48.717.
- _____ (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria de la Salud. [Ley 1751 de 2015]. DO: 49.427.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA: LA TENSIÓN ENTRE LA TRANSFORMACIÓN Y LA PERSISTENCIA

Daniel Felipe Patiño Lugo; José Pablo Velásquez Escobar;
Claudia Marcela Vélez; Gabriel Jaime Otálvaro Castro;
Víctor Stephen González Quintero; David García Arias;
Claudia Ortega Dávila; Valentina Espinosa Ruiz

Introducción

La reforma de la seguridad social de 1993 creó un nuevo sistema de salud basado en el aseguramiento obligatorio y la competencia entre instituciones. La reforma promovió la mercantilización de los servicios de salud y creó un nuevo mercado en el cual las aseguradoras creadas por la reforma se constituyeron en el actor dominante del sistema. Las normas estipuladas para tal fin han sido objeto de una sostenida controversia política y ha generado amplia movilización social en el país, tanto, que ha involucrado a la sociedad nacional en su conjunto: la ciudadanía organizada, los partidos políticos, el Congreso de la República, la academia, las instituciones del sistema de salud, los trabajadores de la salud, las

agregaciones profesionales, las entidades gubernamentales de control y del poder ejecutivo. A pesar de que el sistema incluyó un amplio paquete de servicios y tecnologías en salud, la ciudadanía ha debido acudir a la rama judicial para acceder a estos.

Como lo muestra el sexto capítulo de este libro, los tantos conflictos y reclamaciones que no son solucionados por el sistema de salud se resuelven en los estrados judiciales mediante fallos de tutelas, constituyéndose como el mecanismo constitucional más conocido y efectivo para los colombianos a la hora de exigir sus derechos fundamentales. Pero vale decir, como señala Carrera Silva (2011), y como ratifica la Defensoría del Pueblo (2018), esta es la razón por la cual se refleja la actual congestión y traumatismo que se viven en los despachos de los jueces del país.

La tendencia de interposición de tutelas se mantiene ascendente desde 1992, evidenciando que los arreglos institucionales del sistema de salud que llevaron al uso de este mecanismo siguen sin modificarse, aunque la jurisprudencia de la Corte Constitucional sí lo haya hecho, y debido a eso sea considerada como una de las Cortes más progresistas del mundo (Parra & Yamin, 2013). Desde que se implementó la Ley 100 en 1993 hasta el 2008, predominaron los litigios individuales por el acceso a medicamentos y tecnologías que no eran reconocidos por el asegurador privado. Después de 2008, con la sentencia T-760, la Corte Constitucional tomó una posición más estructural, dirigida a identificar y solucionar las fallas del sistema de salud que subyacen a los reclamos individuales, declarando el carácter fundamental del derecho a la salud y expidiendo una serie de órdenes y plazos perentorios para resolver las fallas estructurales del sistema. A partir de ese momento, y en respuesta a dicha sentencia, las ramas ejecutiva y legislativa incorporaron una serie de ajustes: la Ley 1438 del 2011 y la Ley Estatutaria en Salud 1751 del 2015. Sin embargo, como lo ha evidenciado la Defensoría del Pueblo en 2019, el comportamiento de las tutelas de salud en Colombia ha aumentado entre 1999 y 2017 en 828%, cifra dramáticamente alta.

Esta situación es intrigante y motiva nuestra pregunta de investigación: ¿por qué, a pesar de los cambios en la rama judicial sobre la concepción del derecho a la salud y su influjo en las ramas ejecutiva y legislativa, no se ha generado un cambio en los arreglos institucionales del sistema de salud? Para contestar esta pregunta, este texto recurre a la literatura sobre el institucionalismo histórico complementado con elementos del enfoque incremental y del institucionalismo discursivo.

Lo que proponemos como explicación para el comportamiento creciente de las tutelas en Colombia es que en los años 90 ocurrió una gran coyuntura política expresada en la promulgación de una nueva Constitución Política y de la Ley 100, sin duda, en esta coyuntura tuvo un papel relevante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Tras tal situación, en la rama judicial se han producido cambios graduales y discursivos con potencial transformador del sistema de salud. Sin embargo, las ramas ejecutiva y legislativa han mantenido una trayectoria dependiente de las políticas propias y causantes de la coyuntura política, en donde las acciones desarrolladas han reforzado las principales ideas y valores introducidos en el sistema de salud en los años 90. Esto último ha impedido que los cambios ocurridos en la rama judicial generen cambios reales en los arreglos institucionales del sistema.

Para la sustentación de la tesis propuesta y el desarrollo de los señalamientos realizados, este capítulo está organizado de la siguiente manera: en primer lugar, describimos brevemente las aproximaciones teóricas del institucionalismo histórico; específicamente abordaremos los enfoques de la trayectoria dependiente, la transformación incremental y el institucionalismo discursivo. En segundo lugar, describimos las ramas del poder. Posteriormente, nos aproximaremos a los principales hitos históricos relacionados con el comportamiento de las tutelas desde las ramas judicial, ejecutiva y legislativa. Finalmente, realizaremos un análisis del institucionalismo discursivo y la transformación incremental en la rama judicial y un análisis de trayectorias dependientes en las ramas ejecutiva y legislativa.

Aproximación teórico-analítica

El institucionalismo histórico explora cómo las instituciones y los legados políticos afectan el proceso de toma de decisiones. El institucionalismo histórico considera a las instituciones como “procedimientos, rutinas, normas y convenciones formales o informales incorporados en la estructura organizativa de la política y de la economía política” (Hall & Tylor, 1996: 938). A su vez, explica cómo los arreglos particulares de las instituciones políticas permiten moldear el comportamiento individual, apoyar o desalentar la movilización de grupos de interés, y concretar oportunidades para el veto. Al centrarse en la periodización y los regímenes, como señala Lieberman (2002), los institucionalistas, históricos han aplicado especialmente el concepto de *trayectorias dependientes* para describir el origen y la persistencia de las instituciones y así analizar su influencia en los actores colectivos.

El concepto de *trayectoria dependiente*, según Pierson & Skocpol (2002), se refiere a la dinámica de los procesos de retroalimentación positiva en un sistema político. Con esto se hace referencia a que las coyunturas críticas mueven a las instituciones hacia un camino específico y crean efectos distributivos –es decir, cambian las identidades colectivas y la distribución del poder–, con lo cual se activan los mecanismos de retroalimentación. Estos se denominan mecanismos de retroalimentación positiva porque refuerzan la reproducción del nuevo camino institucional, creando lo que Pierson (2000) llama un efecto de bloqueo institucional. Hasta ahora, el enfoque de la trayectoria dependiente se ha centrado principalmente en la estabilidad institucional y, por lo tanto, no está bien equipado para explicar el cambio institucional.

La transformación incremental y el institucionalismo discursivo, en contraposición al enfoque de la trayectoria dependiente, cuentan con mejores elementos para explicar el cambio institucional. Retomando a Mahoney & Thelen (2010), puede decirse que desde el enfoque incremental se han propuesto cuatro conceptos para dar cuenta de las transformaciones institucionales que pueden ocurrir entre coyunturas críticas,

y que se dan como cambios incrementales, es decir cambios sutiles y graduales que ocurren en largos períodos de tiempo y que tienen un potencial transformador. Estos mecanismos de cambio incremental son: desplazamiento (una regla nueva elimina a una existente), capas (una regla nueva sobre una existente, o se añaden nuevos objetivos e instrumentos a una política ya existente), derivación (lo que definirá Hacker (2004) como una serie de cambios que se dan en el entorno mas no en la política) y conversión (lo que sucede, según Béland (2010) y Sitek (2010)), cuando las instituciones involucran nuevos actores o son redirigidas a nuevas metas). Investigadores como Streek & Thelen (2005) agregan un modo adicional: el agotamiento (desgaste gradual de las instituciones a lo largo del tiempo).

Por su parte, el institucionalismo discursivo es un concepto amplio que reúne el trabajo de muchos autores, por ejemplo, Schmidt (2008), quienes desde la rama de las ciencias políticas u otras afines trabajan sobre el contenido de las ideas y los procesos por los cuales las ideas se crean y se transmiten por medio del discurso. En este concepto se distinguen varios tipos de ideas como los paradigmas políticos, las ideas programáticas o normativas y los marcos. Los paradigmas políticos, dirá Hall (1993), son una serie de ideas y normas que se dan por hecho, estas ideas y normas definen los objetivos de la política, los instrumentos para alcanzar esos objetivos e incluso la naturaleza de los problemas. Por su parte, las ideas programáticas, según Campbell (2002), se refieren a las ideas sobre cómo utilizar las instituciones e instrumentos existentes, de acuerdo con un paradigma establecido. En esa dirección, los marcos se refieren, como bien anotan Bhatia & Coleman (2003), al igual que Béland (2010), a la manera en que los formuladores de políticas utilizan las ideas para presentar o enmarcar un problema de manera que legitime una decisión política particular que resuene con el paradigma político actual. Tras estas precisiones también debe anotarse que el institucionalismo discursivo tiene en cuenta los procesos y los actores que participan en la construcción de las ideas, lo que Hass (1992) denomina las comunidades epistémicas,

así como a los que participan en la deliberación y legitimación de estas –como los líderes políticos, las organizaciones sociales o los ciudadanos a través de las encuestas o las votaciones (Schmidt, 2010)–.

Las ramas del poder público

En Colombia ha sido inveterada, en su historia constitucional, la institución política de la tridivisión del poder, ya planteada en la teoría de los tres poderes de Aristóteles (antigua Grecia), y retomada por Montesquieu (la Ilustración). La Constitución Política de Colombia de 1991, tras la idea de establecer pesos y contrapesos tendientes a equilibrar el poder al interior de la estructura estatal, prescribe que son tres las ramas del poder público: la legislativa, la ejecutiva y la judicial. Cada una de ellas está integrada por varios órganos –a los que se suman otros de tipo independiente– con funciones diferenciadas y específicas; pero en todo caso, en su conjunto, tales ramas y órganos deben colaborar de manera armónica entre sí para realizar los fines que se ha propuesto el Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

En Colombia, la rama legislativa en sentido estricto tiene por órgano primordial para la elaboración de leyes al Congreso de la República. Este se configura bicameralmente por el Senado –de circunscripción nacional– y con la Cámara de Representantes –de circunscripción departamental, y excepcionalmente distrital para Bogotá–. Cada congresista, perteneciente a un partido o movimiento político, es elegido bajo la idea de democracia representativa, mediante voto popular para un período de cuatro años con la posibilidad de ser reelegido. Las iniciativas legislativas, cualquiera que sea su fuente de origen, y todo el proceso de debate político de proyectos de ley o reformas constitucionales, implican la participación del Congreso de la República. De allí que las leyes ordinarias, orgánicas o estatutarias y los actos legislativos modificatorios de la Constitución –por ejemplo, aquellos que regulan el SGSSS, sus fuentes de financiamiento y el Derecho Fundamental a la Salud, DFS– son producto de trámites surtidos ante esta corporación.

La rama ejecutiva es la administrativa, encargada de cumplir y hacer cumplir las leyes, mantener el orden público y la seguridad, direccionar las políticas económicas y sociales, ejercer la potestad reglamentaria, rendir cuentas, ejercer inspección, vigilancia y control y, en general, realizar todo aquello que conlleve al cumplimiento de los fines y cometidos estatales. El poder ejecutivo se manifiesta en tres niveles territoriales: i) Nacional, cuyo gobierno está en cabeza del presidente, los ministros y los directores de departamentos administrativos; en asuntos de salud, el gobierno lo constituye el presidente y el ministro de Salud y Protección Social. ii) Departamental, constituido por el gobernador y los secretarios de despacho; controlados políticamente por una Asamblea Departamental. iii) Municipal constituido por el alcalde y los secretarios, cuyo control político recae en el Concejo del respectivo orden territorial. En materia de salud, es relevante en el orden nacional la Superintendencia Nacional de Salud, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con funciones administrativas de inspección, vigilancia y control y las excepcionales de tipo jurisdiccional frente a asuntos específicamente delimitados por la ley.

Corresponde a la rama judicial cumplir con la función de administrar justicia con base en los principios de independencia y legalidad; y en su actividad de proferir providencias, los jueces han de servirse de criterios auxiliares: equidad, jurisprudencia, los principios generales del derecho y la doctrina. La administración de justicia a partir de criterios de jurisdicción y competencia es llevada a cabo por órganos y entidades especializadas tales como la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, el Consejo Nacional de la Judicatura, la Fiscalía General de la Nación, la Justicia Penal Militar. Excepcionalmente la Constitución y la ley han atribuido funciones jurisdiccionales a determinadas autoridades administrativas; verbigracia a la Superintendencia Nacional de Salud; y de forma transitoria a ciertos particulares. En esta investigación, centrada en las políticas formuladas alrededor del sistema asistencial sanitario y del DFS, interesó en particular la actividad de los jueces constitucionales cuyo órgano de cierre es la Corte Constitucional.

Principales hitos en el devenir del derecho fundamental a la salud en Colombia desde la Constitución Política de 1991

En el estudio bajo examen, tres periodos de tiempo fueron establecidos por conveniencia con el propósito de comprender la actividad de administración de justicia de la Corte Constitucional y los ajustes legales, reglamentarios y administrativos del legislador y el ejecutivo. En este análisis, las ideas/discursos provenientes de fuentes externas y desarrollos internos incrementales o trayectorias dependientes han marcado ese inacabado proceso de llegar a ser del derecho fundamental a la salud en Colombia. Estos tres períodos convencionalmente serán denominados como: i) el periodo de instauración (1991-1999), ii) el periodo de manifestación de la crisis del sistema (2000-2007) y iii) el periodo de transformación discursiva (2008-actualidad). En cada uno de los periodos de tiempo describimos los principales hitos ocurridos en la Corte Constitucional seguidos de los principales hitos ocurridos en las ramas legislativas y ejecutivas.

El periodo de instauración en la Corte Constitucional (1991-1999)

Durante esta fase de instauración de la Corte Constitucional se destacan antecedentes jurídicos de orden legal y doctrinal con respecto a la salud, asumidos como vinculantes. Dos instrumentos internacionales potentes, ratificados por Colombia. El primero es la Declaración de los Derechos Humanos y su reconocimiento del derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia que les asegure salud y bienestar; y el derecho de acceder a los seguros frente a la enfermedad, la invalidez cuando estos sobrevienen por circunstancias involuntarias; protegiendo especialmente la maternidad y la infancia en cuanto acceso asistencial (ONU, Asamblea General, 1948). El segundo es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC; que prescribió en

un artículo independiente el que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966); derecho que, como bien señalan Courtis & Ávila, (2009), posteriormente sería recogido o desarrollado en otra normativa internacional.

En el orden legal nacional –previo a que se promulgara la Constitución Política de Colombia de 1991–, la salud era normada bajo las ideas de ser un bien de interés público, así lo denominaba el Congreso de la República en 1979. Además, era un servicio público a cargo de la Nación, y gratuito en los servicios básicos, que se prestaba dentro del Sistema Nacional de Salud a través de tres subsectores: i) el oficial y mixto; ii) el de seguridad social; y iii) el privado bajo la rectoría del Estado (Presidente de la República, 1968, 1974).

En 1991 entró en vigor la novel Constitución Política, en la que, de manera dispersa y ambigua, a lo largo de su articulado, se recogen valores y principios que directa o indirectamente subsumen la compleja categoría *salud*. Una forma en que la Constitución de 1991 la abordó fue replicando ideas discursivas jurídicas como que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado. Pero también lo hizo incorporando novedades jurídicas tales como: i) la garantía a todas las personas para acceder a los servicios de protección, promoción y recuperación de la salud de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; ii) la gratuidad en la atención básica en los términos que señale la ley; iii) la idea potente sobre la fundamentalidad del derecho a la salud para los niños, con un fuero reforzado para los menores de un año y iv) las garantías de seguridad social y atención para las personas de la tercera edad y para las personas en condición de discapacidad. A todo esto, se suma la obligación de rectoría del Estado, para quien además es imperativo priorizar presupuestalmente el gasto público social en salud, asegurar la prestación eficiente de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional y de solucionar las necesidades insatisfechas en salud en aras de concretar las finalidades de bienestar general y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

A partir de los anteriores insumos jurídicos, la Corte Constitucional en sus inicios, al pronunciarse sobre el derecho a la salud y su vínculo con la seguridad social, adoptó la tesis de la conexidad mediante sentencias de Tutela -‘T’- y sentencias de unificación -‘SU’-; tesis soportada por la idea de que la salud no era un derecho fundamental por sí mismo -salvo para los niños-, habida cuenta su carácter prestacional como servicio público, programático y progresivo (SU-480/97, SU-039/98). Por lo tanto, la tutela -por vulneración o amenaza- no operaba de manera inmediata, sino que se requería de la afectación por conexidad de otros derechos que en principio sí eran concebidos como fundamentales; verbigracia: la vida, la dignidad, la integridad personal, la igualdad y el trabajo (T-406 de 1992; T-571 de 1992, T-328 de 1993, T-224 de 1997, SU-562 de 1999). En este período de instauración, los fallos de esta colegiatura exhibían tensiones reflejadas en salvamentos y aclaraciones de voto de magistrados que se debatían entre dos posiciones; por un lado, el conservadurismo al interpretar la Constitución y la ley, evitando tener injerencias en la labor legislativa y ejecutiva (SU-111/97). Por otro lado, estaban los más progresistas que -advirtiendo la ausencia injustificada de una política nacional de salud pública contra la meningitis o una falta de reglamentación del Plan Obligatorio de Salud (POS)- exhortan a la autoridad pública para que asuman sus obligaciones constitucionales tras endilgarles las omisiones en las que han incurrido (SU-225/98; sentencia SU.819/99):

A juicio de la Corte Constitucional, un mandato de erradicación de las injusticias presentes solo puede actualizarse en el tiempo y requiere de la puesta en obra de una vasta gama de acciones que, sin lugar a duda, deben ser decididas por el Congreso y ejecutadas por la administración. (CC SU-225 de 1998)

El periodo de instauración en las ramas legislativa y ejecutiva (1991-1999)

En la evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia se han destacado hitos como la creación del SGSSS con la promulgación y

entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993). Esta ley creó cinco acuerdos institucionales que fueron el foco de la reforma en los siguientes años. Primero, la Ley 100 creó dos regímenes, el régimen contributivo para aquellos con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para población pobre o desempleada; además mantuvo una figura “temporal” para la población pobre no asegurada, a quienes se denominó eufemísticamente “vinculados”. Segundo, se introdujeron las Empresas Promotoras de Salud, EPS, las cuales actúan como administradoras de ambos regímenes de aseguramiento, cuya naturaleza podría ser pública, privada, mixta, con o sin ánimo de lucro. Tercero, definió un plan obligatorio de beneficios en salud para cada régimen. Los ciudadanos en el régimen subsidiado tenían acceso a menos servicios y productos que los ciudadanos en el régimen contributivo; una diferencia en la cobertura que estaba destinada a ser temporal, pero que se extendió hasta el año 2012. Cuarto, para financiar el sistema, la Ley 100 ordenó un impuesto a la nómina de 12% para ser cobrado por las administradoras de seguros, quienes transferían 1% a la subcuenta de solidaridad que financia el régimen subsidiado, y después de un proceso denominado de *compensación*, transfería los excedentes o cobraba por los faltantes a la subcuenta de compensación. Ambas subcuentas –solidaridad y compensación– formaban parte del gran Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. Quinto, la Ley 100 definió la capitación como el método para pagar a las compañías de seguros en ambos regímenes. La tarifa de capitación se calculó de acuerdo con los productos y servicios que se incluyeron en el plan de salud; las EPS en el régimen contributivo recibieron su tarifa de capitación directamente del FOSYGA. En el régimen subsidiado, las entidades locales –es decir, los departamentos, distritos, municipios y territorios indígenas– recolectaron recursos del gobierno central –los del FOSYGA y los impuestos generales– y de sus propias contribuciones antes de suscribir contratos con las EPS. En ambos regímenes, las EPS utilizaron la tarifa de capitación para pagar a las instituciones prestadoras de salud por tecnologías y servicios incluidos en el plan de beneficios.

Después de la introducción de la Ley 100 se produjeron dos situaciones importantes: la primera la analizan Arango y Posada (2006), la cual es una reducción de las tasas de empleo formal entre los años 1996 y 2000, que afectaron los recursos captados por el régimen contributivo. A su vez, apareció el fenómeno de las tutelas en salud, las cuales reclamaban servicios o tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios, cubiertas pero negadas por las EPS, o cubiertas por el plan del régimen contributivo, pero no por el del subsidiado. Al finalizar el año 2000, se habían interpuesto 24,843 tutelas, que representaban el 19% de todas las tutelas para ese año (Defensoría del Pueblo, 2009).

El periodo de manifestación de la crisis del sistema y afianzamiento en la Corte Constitucional (2000-2007)

En el período de afianzamiento, el desarrollo doctrinal y jurisprudencial del derecho a la salud en el ámbito internacional –teniendo como principal referente normativo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (ONU, 1966)– fue un factor determinante para que la Corte Constitucional, quien tuvo que incorporar cambios en el discurso de su jurisprudencia. La Corte amplió el espectro de aplicabilidad inmediata del derecho, a la vez que empezó a vigorizar la integración, interpretación y aplicación de dicho derecho a expensas de la figura del bloque de constitucionalidad en la denominada “segunda vía”. Esta predicaba la fundamentalidad del derecho a la salud en sujetos de especial protección: niños (CC, T-1008/04), adultos mayores (CC, T-1081/01; T-1331/05), personas afectadas por VIH y enfermas de SIDA (CC, T-159/06); personas que padecen enfermedades catastróficas (CC, T-945/00; T-652/06), población desplazada (CC, sentencia T-025/04), personas en condición de discapacidad (CC, T-197/03; T-1278/05), y minorías sexuales, es decir personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas (CC, C-811/07; T-856/07).

Ya desde el año 2006 se hacía notorio el intento de posicionar el discurso jurisprudencial de la salud como un derecho fundamental prescindiendo de la fórmula de la conexidad. La jurisprudencia constitucional dejó de decir que tutela el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’, para pasar a proteger el derecho ‘fundamental autónomo a la salud’ (CC, T-845/06). En el 2007 la Corte daría las bases teóricas para la fundamentalidad del derecho a la salud; pero, referenciando autores como Abramovich & Courtis (2002), se ha de decir que más allá de ello, se empezó a posicionar el discurso de que “los derechos civiles y políticos, así como los derechos sociales, económicos y culturales, son derechos fundamentales que implican obligaciones de carácter negativo como de índole positiva” (Corte Constitucional T-016/07). Empero, no sería hasta el año 2008 en el que esta tesis se vuelve paradigmática a través del fallo que daría lugar al período de transformación discursiva.

Periodo de manifestación de la crisis del sistema en las ramas legislativa y ejecutiva (2000-2007)

En este periodo, dos resoluciones tendientes a regular el mercado de la salud creado por la Ley 100 tuvieron un efecto no planeado en la interposición de tutelas y en el consecuente incremento de los recobros al sistema de salud. La primera fue la resolución 3797 de 2004, la cual incentivó a las EPS a negar los productos farmacéuticos que no estaban incluidos en el plan de salud y permitir a los pacientes buscar acciones judiciales para acceder a esos productos. En este caso se presentaban dos escenarios, si el comité técnico-científico aprobaba los servicios, los costos eran compartidos entre el FOSYGA y la EPS; si no se aprobaba la prestación del servicio en el comité, pero luego era aprobada por una acción de tutela, el costo total incurrido por la EPS era reembolsado por el FOSYGA. Ante la evidencia de que la norma había incentivado la interposición de tutelas y

los recobros, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió en 2006 la resolución ministerial 2933 que eliminó este incentivo. En este nuevo escenario, los costos de los productos serían compartidos por el fondo nacional y la EPS, independientemente de la decisión del comité técnico-científico, lo que mantuvo un incentivo parcial a la tutela y al recobro.

En el año 2007 se sancionó la Ley 1122, la cual tuvo como objetivo realizar ajustes al SGSSS (Congreso de la República de Colombia, 2007). Con esta ley se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que tenía, entre otras funciones, la competencia para definir modificaciones al plan de beneficios; adicionalmente, según Vélez (2016), se introdujeron los subsidios parciales, con lo que se buscaba reducir la población del régimen subsidiado e incrementar la del contributivo.

Periodo de transformación discursiva en la Corte Constitucional (2008-actualidad)

Durante este periodo, la Corte Constitucional en pleno desarrollo del bloque de constitucional, eliminó de forma categórica el artilugio jurídico de la fundamentalidad del derecho a la salud en conexidad con otro derecho fundamental y autónomo en aras de su tutelabilidad. Este cambio discursivo, todo un hito jurisprudencial, se originó con la tercera y más reciente vía –recogida en la sentencia T-760 de 2008–. En dicha sentencia se afirmó que la fundamentalidad del derecho a la salud puede predicarse “en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna”. Lo anterior quiere decir que todo lo que se encontrara en el otrora POS y excepcionalmente aquello que estuviese excluido pero que la persona requiriera con necesidad hacía parte del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud; derecho autónomo *per se* y exigible por el titular, garantizado por el Estado y cuya faceta prestacional debía estar disponible y ser aceptable, accesible y de calidad al interior del SGSSS.

Para esta nueva tesis, la Corte Constitucional marca un distanciamiento con el sector doctrinal que no reconoce a la salud como derecho fundamental sino como simple derecho social; y para ello se apalancó en el discurso disruptivo de la Observación General #14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del año 2000. Dicha observación está centrada en la interpretación con autoridad del sentido y alcance del derecho fundamental a la salud en sus dimensiones individual y colectiva, interdependiente con otros derechos y que puede verse afectado por determinantes sociales que favorecen o no el disfrute del más alto nivel posible de salud (ONU- CDESC, 2000).

La sentencia T-760 de 2008 impartió órdenes principalmente dirigidas al Gobierno Nacional, para que en materia de salud este desarrollara mandatos constitucionales y legales, y cumpliera con la obligación de crear una reglamentación adecuada para la mayor materialización de este derecho fundamental. Los mandatos constitucionales dimanados de la Corte se centraron en cuatro aspectos importantes: i) precisión, actualización y acceso a planes de beneficios; ii) sostenibilidad financiera del sistema y flujo de recursos; iii) carta de derechos, deberes y desempeño y iv) cobertura universal.

Posteriormente, la Corte Constitucional se refirió al sentido interpretativo que debía tener el principio de sostenibilidad fiscal. Después de la sentencia, los poderes ejecutivo y legislativo orientaron el discurso normativo hacia la racionalización de los recursos en los que cabría, eventualmente, la posibilidad de decisiones regresivas frente al acceso a derechos prestacionales –como el de la salud–, bajo el argumento de no disponibilidad presupuestal por déficit fiscal. La Corte Constitucional dio sendas directrices interpretativas de administración al ordenador y ejecutor del gasto público social bajo el entendido a partir de la sentencia C-288 de 2012 que “en ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva”.

La sentencia de constitucionalidad C-313 de 2014, icónica por la naturaleza de la norma examinada, fue un fallo mixto por cuanto moduló el sentido interpretativo de diferentes disposiciones normativas del articulado, integrando elementos semánticos del PIDESC, entendiendo que el acceso a los servicios y tecnologías se extiende a “facilidades, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud”. También declaró inexecutable expresiones que podrían tomarse como ambiguas, de potencial interpretación arbitraria y, posteriormente, generadoras de barreras para el acceso y goce efectivo del derecho a la salud. Así mismo, defendió la institución de la tutela como mecanismo constitucional de protección del DFS, y reiteró la obligación del Estado de garantizar la sostenibilidad financiera para la concreción del goce efectivo del DFS.

Respetando los límites del principio democrático de la independencia de poderes y el marco que regenta sus actuaciones, la Corte Constitucional relató que el sentido y alcance del derecho a la salud no lo da el tenor literal de la Ley Estatutaria proferida en el Congreso de la República, sino la Constitución y el bloque de constitucionalidad integrados e interpretados en el precedente judicial de esta corporación.

Periodo de transformación discursiva en las ramas legislativa y ejecutiva (2008-actualidad)

En 2008 las tutelas en salud ascendieron a 142.957 (representando el 42% de todas las tutelas interpuestas ese año), lo que se constituía en una cifra sin precedentes. Este fenómeno, sumado a un crecimiento del 56% en los costos de los recobros, dio origen en 2009 a una crisis financiera del sistema de salud. Los recobros de las EPS al FOSYGA demandaban el pago por la provisión de servicios o tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios (No-POS), cubiertas pero negadas por las EPS, o cubiertas por el plan del régimen contributivo, pero no por el del subsidiado; pero

en todos los casos aprobados por tutela a los ciudadanos. En diciembre de 2009, el Gobierno Nacional declaró un estado de emergencia social, que le daba al ejecutivo –específicamente al presidente de la República–, la autoridad de aprobar reformas sin el aval del Congreso. Sin embargo, en abril de 2010 y después de múltiples protestas sociales, la Corte Constitucional declaró la emergencia social inexecutable, y señaló que la crisis en el sistema de salud no era un evento imprevisto, y, por lo tanto, el gobierno debería haber utilizado el canal legislativo tradicional para conjurar la crisis.

En 2010, un congreso y presidente recién electos se apresuraron a aprobar una reforma en salud, dirigida a abordar algunos de los temas no resueltos en la emergencia social de años anteriores. El proceso culminó con la sanción de la Ley 1438 del 2011, el hito legislativo que más se ha acercado a una idea de materialización del DFS. Esta ley planteó la atención primaria en salud como estrategia para la reorientación del sistema, así como las redes integradas, una propuesta de plan para la unificación de los planes de beneficios y una apuesta por una administración diferente de los recursos en un marco de sostenibilidad financiera (Congreso de la República de Colombia, 2011). Las directrices promulgadas en la Ley 1438 ordenaban la unificación del POS, que significaría para el año 2012 que todos los colombianos tendrían acceso al mismo plan de beneficios, independientemente del régimen al que perteneciera. En desarrollo de estas disposiciones, la CRES expidió el acuerdo 032 de 2012, por medio del cual se completaba la unificación del POS para los adultos entre 18 y 59 años; en acuerdos previos se habría unificado el POS para niños y para adultos de más de 60 años.

A pesar de que todos los desarrollos legales anteriormente descritos se sancionaron en pro de optimizar el funcionamiento y la sostenibilidad financiera del sistema de salud, existía aun la necesidad latente de mejorar el acceso, la oportunidad y, especialmente, la calidad de los servicios de salud con especial énfasis en la eliminación de barreras que el mismo modelo genera a los usuarios. Como lo muestra Daza Castillo (2017),

dada la necesidad de mejora surgió un movimiento social con participación de organizaciones sociales, pacientes, trabajadores de la salud y académicos, quienes agrupados en una coalición conformaron la denominada Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA). Juntos radicaron en 2013 un proyecto de Ley Estatutaria ante la cual el gobierno del presidente Santos radicó otro proyecto. Los dos proyectos fueron sometidos a un proceso interno del congreso denominado “acumulación”, de tal manera que solo la iniciativa gubernamental fue discutida.

El proyecto de Ley Estatutaria provocó un amplio seguimiento mediático y movilización social; en 2014 fue aprobado por el Congreso y enviado a la Corte Constitucional para la evaluación de exequibilidad. En 2015 se sancionó como Ley 1751, la cual declaró la salud como derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo; y cuya prestación debe ser oportuna, eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad. La salud como derecho fundamental derivó, como consecuencia, una serie de cambios normativos y jurisprudenciales orientados a la garantía en la prestación de servicios de salud oportunos y accesibles. Con esta ley finalizó el POS y se estableció un sistema de beneficios implícitos, donde potencialmente todo está cubierto excepto por unas exclusiones específicas que se definirían por un mecanismo participativo e informado por la evidencia; mecanismo que se definió en la resolución 330 de 2017.

En el contexto local, en este periodo (2008-actualidad) se presenta un acontecimiento fundamental en lo que a la garantía del derecho a la salud de los habitantes de Medellín se refiere: la creación en 2009 del Observatorio del derecho fundamental a salud de la Personería de Medellín. Con esta iniciativa, como bien lo define la Personería de Medellín, se buscó crear un instrumento de gestión ciudadana, construido con participación pública, privada y comunitaria, dirigido a fortalecer en la ciudad la protección, el cumplimiento y el respeto por el goce efectivo al derecho a la salud, en el marco de los derechos ciudadanos definidos por la Constitución y el Derecho Internacional.

Análisis desde el institucionalismo discursivo y transformación incremental en la Corte Constitucional de Colombia

La Corte Constitucional, a través de su encargo competencial constitucional de corrección de los desvíos en el derecho y tutela a los Derechos Humanos Fundamentales y apegándose al principio de independencia, está llamada a colaborar armónicamente con los demás órganos del poder público estatal. Por lo tanto, debería entenderse su discurso, como bien anotan Mutz, Sniderman & Brody (1996) y Schmidt (2008), como un discurso comunicativo y normativo –entiéndase el de sus providencias y comunicados de prensa–; debería ser un discurso de coordinación entre actores de la política, en aras de la viabilidad y coherencia del Estado Social de Derecho que aspiracional y progresivamente se quiere efectivizar (Saffon & Villegas, 2011).

Los discursos de la Corte Constitucional –dialécticos en su formación y a manera de proceso de seguimiento (Berman, 2006; Blyth, 2002; Collier, 2011)– han orientado y exhortado a agentes públicos o privados vinculados con el servicio de salud a que cumplan con sus obligaciones constitucionales y legales de orden administrativo, legislativo y científico-técnico, en pro de la realización efectiva del derecho a la salud según el período histórico de las providencias. Algunos actores compelidos –bien como sujetos procesales accionados mediante tutelas, o como responsables de la organización y funcionamiento del SGSSS– han sido: el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social –en sus diferentes denominaciones desde 1991 y hasta la fecha–, la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Comisión de Regulación en Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología, los gobiernos departamentales, distritales o municipales, Empresas Promotoras de Salud públicas, privadas o mixtas, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas.

En perspectiva, y retomando a Mahoney & Thelen (2010), puede decirse de los cambios o transformaciones potenciales de la institución del derecho a la salud, que las tres vías del desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional se han construido incrementalmente a partir de discursos cognitivos y normativos (Carstensen & Schmidt, 2016); y todas ellas han tendido a contribuir funcionalmente con la legitimidad de dicha institución (Arbeláez, 2006; Blyth, 2002). Dichas vías de desarrollo son: i) la fundamentalidad por conexidad con derechos de primera generación, ii) la autonomía como derecho fundamental para sujetos de especial protección y iii) la fundamentalidad como derecho autónomo para todas las personas que habitan el territorio conforme a sus requerimientos en salud.

Los cambios incrementales en los discursos solo son entendibles si se contextualizan históricamente. De allí que nos resulte importante mencionar cómo los magistrados primigenios de la Corte Constitucional, conformada en 1992, enfrentaron el reto transicional de pasar de una tradición judicial discursiva de control constitucional formalista –positivista y exegética–; para dar lugar de manera “constructivista”, en términos de Schmidt (2007), Deleuze & Guattari (2011), a un nuevo derecho, que otrora yacía en cabeza de la Corte Suprema de Justicia, bajo los dictados de la Constitución de 1886 y las teorías doctrinales del derecho dominantes (López, 2006).

En este cambio se dio una nueva forma de integrar, interpretar, crear y aplicar el derecho, todo ahora orientado a los valores, como bien señalara Larenz (2010). Se buscó con este cambio una implementación más “fluida” o “líquida”, propendiendo por hacer más real y efectivo el derecho a la salud y la política constitucional, desde la heterogeneidad, diversidad y complejidad de las personas que conforman el colectivo social (Zagrebelsky, 1995). Según Estrada (2011), con este cambio se le dio primacía de lo sustantivo o material sobre ciertas formas, en el marco de una nueva concepción de Estado, rica en valores y principios promotores de la dignidad humana, y en la que la Constitución, jerárquica y hermenéuticamente, debe ser la Norma de normas.

Además del marco normativo constitucional, legal y reglamentario, han sido insumos importantes en el desarrollo discursivo de la Corte Constitucional –a la hora de integrar, interpretar, construir y aplicar el derecho a la salud– la transformación incremental del discurso doctrinal y jurisprudencial en la materia. El discurso de la doctrina internacional se ha caracterizado por la persistencia de un fuerte debate en el escenario filosófico, político, económico y jurídico internacional sobre si la salud es en efecto un derecho humano subjetivo; entre los estudios más relevantes al respecto están Alexy (2007) y Bernal Pulido (2005). Detractores de la salud como derecho, como bien analizan Sade (1974), Nozick (1991) y Engelhardt (1996), se han enfrentado a defensores de posturas moderadas que parten de la idea de que los derechos económicos, sociales y culturales son derechos prestacionales y programáticos, y que en aras de su concreción es menester que sean reconocidos constitucionalmente por cada Estado. Esto genera para el Estado obligaciones positivas de carácter prestacional concreto y exigibles por parte de las personas titulares del derecho, a la vez que genera obligaciones negativas de carácter general como el tener de abstenerse de ser generador de afectación a la salud por acciones, omisiones o decisiones (Alexy, 2007).

El insumo jurisprudencial tuvo por protagonista al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el cual reconoció hacia el año 2000 a la salud como un derecho humano fundamental que implica aspectos cruciales. Por un lado está la obligatoriedad de prestaciones como servicios –públicos o privados–, a la vez se requiere de una organización en la que son de recibo los sistemas de seguros, con un sentido de regulación del gasto de bolsillo en salud orientado por el principio de equidad y de destinación de recursos por parte del Estado desde los principios de suficiencia, disponibilidad y adecuación en la distribución (ONU, CDESC, 2000). El reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional. En efecto, la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito

internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía. El Comité de derechos económicos, sociales y culturales advierte que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”, y resalta que se trata de un derecho ampliamente reconocido por los tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos. El Estado, en tal sentido, está obligado a garantizar “toda una gama de facilidades, bienes y servicios” que aseguren el más alto nivel posible de salud (Corte Constitucional, T-760/08).

Las anteriores precisiones permiten comprender mejor las transformaciones incrementales en los discursos de la Corte Constitucional. El primer cambio incremental se dio bajo el modo de desplazamiento del discurso normativo (Mahoney & Thelen, 2010; Schmidt, 2008). Este desplazamiento puede evidenciarse con el hecho de que las pretéritas prescripciones de corte asistencialista de la Constitución de 1886 y las normas reglamentarias –bajo las cuales se concebía la salud meramente como un bien y un servicio público, en ausencia de una figura como la Acción Constitucional de Amparo– fueron reemplazadas por el discurso normativo y comunicativo de la salud como un derecho prestacional y programático. Este derecho era protegible mediante la institución de la tutela, únicamente bajo la figura de la conexidad con otros derechos fundamentales como la vida, la integridad, la dignidad humana y el trabajo; y cuya fundamentalidad solo se reservaba para los niños mediante interpretación exegética del artículo 44 de la norma superior colombiana (CC, T-796/98; SU-039/98).

El segundo cambio incremental del discurso operó bajo lo que Mahoney & Thelen (2010) denominan el modo de conversión. Esto se dio en virtud de que el nuevo discurso o precedente judicial constitucional conservó parte de la norma interpretativa anterior; es decir, la regla general de no fundamentalidad y la idea de conexidad. Empero expandió la fundamentalidad del derecho de los niños a otros grupos poblacionales especiales y en condición de vulnerabilidad como las personas de la tercera

edad, las mujeres en gestación, los pacientes con VIH/SIDA u otros con enfermedades huérfanas y/o catastróficas. A partir de fallos reiterados, algunos de tipo exhortativo, la Corte Constitucional va posicionando un discurso normativo y comunicativo que sirve a grupos de interés y mueve a actores políticos de la administración y del Congreso tendientes a adoptar políticas en salud. Un ejemplo de ello es la Ley 972 de 2005 con la que se buscaba “mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA”. Así también lo concibe Arbeláez (2006), para quien la Corte Constitucional ha establecido una doctrina dirigida a la protección prevalente del derecho a la salud y a la vida del enfermo de SIDA en atención a las circunstancias propias del enfermo –debilidad física manifiesta–, a la conexión entre la salud y la vida del mismo, y al deber del Estado de protección del orden público frente a los riesgos que puede implicar una enfermedad con las características del SIDA.

Finalmente, el tercer incremento y el más transformador –por el que a la poste el discurso normativa y comunicativamente se hace más potente según Carstensen & Schmidt (2016)–, obedeció en parte a un desgaste de la manida figura de la conexidad invocada para la tutela del derecho a la salud (CC,T-016-07; Streek & Thelen, 2005). Dicho agotamiento, sumado a cambios del entorno producidos por las amplias movilizaciones sociales disconformes con el SGSSS, la precarización laboral del talento humano en salud, la crisis de la red hospitalaria (Echeverry & Borrero, 2015); la intolerancia generada por hechos consuetudinarios como el “paseo de la muerte” (Gañan, 2013), la reiteración de órdenes vía tutela a los actores del sistema y el desarrollo de la doctrina y jurisprudencia internacional en la materia (Abramovich & Courtis, 2002; Arango Rivadeneira & Alexy, 2005; Courtis & Ávila, 2009; ONU, CDESC, 2000), llevaron a que se agotara el discurso de la conexidad. La fundamentalidad, solo considerada en primera instancia para grupos poblacionales específicos, llegó a ser el nuevo precedente. Este permite comprender que la salud es un derecho fundamental de toda persona –autónomo, irrenunciable, complejo, inherente

a la dignidad humana–, que presenta dimensiones positivas y negativas; que exhibe una faceta prestacional de cumplimiento progresivo, que ese derecho –pese a ser limitable– y por tanto debe ser garantizado desde el acceso a los servicios públicos de salud que la persona requiere; pudiendo hacerse extensivo a servicios de salud excluidos explícitamente, en tanto sean requeridos con necesidad y comprometa en forma grave la vida digna o integridad (Sentencias T-760/08 y C-313/14).

Siguiendo a Schmidt (2008), debe tenerse en cuenta que los discursos de la Corte Constitucional desarrollan componentes cognitivos a través de construcciones conceptuales; verbigracia, Estado Social de Derecho, derechos económicos, sociales y culturales, dignidad humana, salud, políticas públicas. Los anteriores deben atenderse como componentes normativos que implican para todos los operadores jurídicos –entre ellos los pertenecientes a la rama ejecutiva y judicial– la obligación de acatar las decisiones con efecto *erga omnes* de las sentencias de Constitucionalidad por su carácter general, abstracto, definitivo y perentorio (Colombia-CC, C-327/16). A su vez que deben tener en cuenta la *ratio decidendi*, o razones en las que fundamenta y motiva las sentencias de tutela y de unificación. Lo anterior se da en a la luz de la sentencia T- 233/2017, en aras de

garantizar i) el carácter normativo de la Constitución como norma de normas; ii) para unificar la interpretación de los preceptos constitucionales por razones de igualdad y del derecho de acceso a la administración de justicia; iii) para garantizar la seguridad jurídica y el rigor judicial, en la medida en que es necesario un mínimo de coherencia en el sistema jurídico, y iv) en atención a los principios de buena fe y de confianza legítima.

Así las cosas, en los tres períodos mencionados en este texto hasta el momento, las sentencias proferidas por la Corte Constitucional de Colombia con respecto al derecho a la salud, en cumplimiento de su función jurisdiccional permanente, ha construido discursos normativos en procesos interactivos e iterativos. Estos discursos, como señalan Schmidt & Radaelli (2004) han surgido con pretensión de consistencia y coherencia,

en busca de que se adopten las medidas necesarias tendientes a que se garantice el gozo del más alto nivel de salud física y mental de los colombianos, dentro del Sistema de Salud concebido por el ejecutivo y el legislativo. Tras este objetivo, el rol de la Corte Constitucional se ha dado ora como legislador negativo –declarando inexecutable disposiciones de la Ley Estatutaria en Salud (Colombia-CC, C-313/14) o el Decreto Ley por el cual se declaró el estado de emergencia social en materia de salud (Colombia-CC, C-252/10)–; ora como guardiana del derecho a la salud a través de las miles de sentencias de revisión de tutelas o las cuantiosas sentencias de unificación –aditivas, modulativas, exhortativas–.

Análisis de trayectorias dependientes en las ramas ejecutiva y legislativa

Para analizar el comportamiento institucional de las ramas ejecutiva y legislativa en cuanto a las políticas del sistema de salud, hemos acudido a la explicación de lo que son las trayectorias dependientes. Las trayectorias dependientes comúnmente sobrevienen después de coyunturas críticas, las cuales son “momentos históricos donde los países realizan cambios importantes que se convierten en legados para el futuro” (Hacker, 1998: 77). De acuerdo con nuestro análisis, entendemos que la reforma al sistema de salud colombiano, introducida con la Ley 100 de 1993, fue una “coyuntura crítica ocurrida por la apertura de una ventana de oportunidad” (Kingdon, 1995: 203). Acorde con lo propuesto por Tuohy (1999) y luego por Boothe (2012), esta ventana de oportunidad estuvo favorecida por tres factores. Primero, por una estructura institucional fuertemente centralizada, con un ejecutivo que gozaba de una gran favorabilidad social y un congreso mayoritariamente perteneciente a la coalición de partidos gobernante. Segundo, “una fuerte ideología prevaleciente entre los tomadores de decisiones” (Bleich, 2002: 1055), en nuestro caso influida por la globalización y las ideas del neoliberalismo (eficiencia, mercado, competitividad, sostenibilidad) que permeó todos los sectores económicos y sociales

del país (educación, pensiones, servicios públicos, agricultura, industria, comercio y, por supuesto, salud). Tercero, la motivación electoral de los políticos de la época, quienes deseaban mostrar una mayor estabilidad fiscal y crecimiento económico como una buena manera de obtener votos, pero además “estaban inclinados a hacer concesiones al FMI y al Banco Mundial para acceder a préstamos y renegociar la deuda externa, que era un problema del momento” (Homedes & Ugalde, 2010: 84).

El concepto de trayectoria dependiente hace referencia a esos efectos de bloqueo que se crean durante la coyuntura crítica, y que, según Pierson (2000), refuerzan la reproducción de las lógicas institucionales futuras, donde los actores relevantes para la política se ajustan al patrón prevaleciente. Así, una vez aprobada la Ley 100, se imponen en el país una serie de valores y mandatos propios de un sistema neoliberal, a saber, la salud como un servicio y no como un derecho, la gobernanza como enfoque de gobierno en la prestación del servicio de salud, y un modelo de gestión propio de la gestión privada –lo que Iriart *et al* (2000) nombran como la atención gerenciada–, que tiene como pilar al mercado, y a la búsqueda de la eficacia y la eficiencia en la toma de decisiones como valores rectores.

Como explicamos en la sección de descripción de hitos, cinco elementos fueron centrales para el nuevo sistema de salud: i) la creación de dos regímenes de salud (contributivo y subsidiado), ii) la introducción de las EPS (como administradoras de los recursos, con ánimo de lucro), iii) la definición de un plan de beneficios, iv) la cotización obligatoria de los empleados como principal fuente de financiación del sistema, y v) la capitación como método para pago a las EPS. La trayectoria dependiente se evidencia en las diferentes decisiones tomadas en las ramas ejecutiva y legislativa del país posteriores a la promulgación de la Ley 100, decisiones que, aunque pretendieron escalar y corregir algunos de los problemas surgidos con la implementación de la Ley 100, no transformaron estructuralmente ninguno de los cinco elementos centrales del sistema de salud.

La Ley 1122 de 2007, los principales decretos y resoluciones expedidos por el Ministerio de Salud, e incluso la emergencia social en salud, estuvieron dirigidos a resolver problemas de administración y gestión de los recursos, pero tuvieron poca capacidad de transformar la experiencia de atención en salud de los colombianos y, por lo tanto, los problemas estructurales que impedían la materialización del derecho fundamental a la salud continuaron esperando respuesta. No solo no se propusieron políticas que cambiaran sustancialmente los cinco elementos de la reforma, sino que, además, el ejecutivo y el legislativo fueron tímidos en proponer políticas que progresaran en alcanzar lo propuesto en la Ley 100 y que implicaran cambios sustanciales en esa experiencia de los ciudadanos en cuanto a la atención en salud. Por ejemplo, en aspectos que la Ley 100 indicó como temporales, entiéndase la figura de población vinculada para aquellos no asegurados, y la presencia de dos planes de beneficios que se unificarían en el futuro, no se produjo una norma fuerte que cambiara el curso de lo que empezó a funcionar en 1993. Incluso, con respecto al plan de beneficios que la Ley 100, se indicó que debían actualizarse cada dos años, pero las ramas ejecutiva y legislativa tampoco plantearon propuestas para cumplir este mandato.

Según Pierson, a lo que se suma Béland (2010), los efectos de bloqueo provocan una retroalimentación positiva que refuerza la política prevaleciente, limita las opciones, y hace más costoso y difícil un cambio estructural o potencialmente transformador. Los efectos de bloqueo, dirá Pierson (1993), se dan porque los actores necesitan instituciones estables con reglas claras que les permitan jugar el juego de la política. Estos procesos de retroalimentación de políticas provocan efectos en recursos e incentivos, y efectos interpretativos. Los efectos de recursos e incentivos hacen referencia a cómo diferentes actores, tales como las élites gubernamentales, los grupos de interés y los ciudadanos, acceden a los beneficios del sistema; mientras que los efectos interpretativos se refieren a los aprendizajes políticos de cómo el sistema funciona, y a las ideas que los actores tienen sobre los beneficios de lo actual y los riesgos de un posible cambio (ver tabla 1).

En el caso colombiano, la Ley 100 creó fuertes efectos de bloqueo tanto en élites gubernamentales como en grupos de interés y ciudadanos. Transformar el modelo de atención en salud y de flujo de recursos implementado con la Ley 100 es difícil y costoso debido a que se han creado recursos e incentivos. En este escenario se han dado varios factores: 1) las élites gubernamentales (Gobierno nacional y gobiernos locales) han desarrollado capacidades administrativas que les permiten navegar el sistema de salud, y en el caso del Gobierno Nacional controlarlo, 2) los grupos de interés han identificado los mecanismos para tener acceso a la toma de decisiones y fortalecer su posición como actores influyentes, en el caso particular de las EPS, esto representa un beneficio económico que las ha posicionado como unas de las principales y más grandes empresas del país y que han creado un importante poder de influencia política (*Revista Semana*, 2017) y 3) los ciudadanos han sufrido un efecto de bloqueo en el que han identificado en las tutelas un mecanismo por el cual pueden acceder fácilmente a los servicios de salud no cubiertos o negados por el asegurador. Los efectos interpretativos también juegan un rol importante en ese efecto de bloqueo, puesto que todos los actores han aprendido progresivamente cómo navegar el sistema de salud, como influir en las decisiones y cómo organizarse para hacer reclamaciones.

Tabla 1. Efectos de recursos e incentivos y efectos interpretativos.

Actores	Efectos de recursos e incentivos	Efectos interpretativos
Elites gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos, nacional y locales han desarrollado capacidades administrativas que les permiten navegar y manejar el sistema de salud. Han creado equipos dentro de las estructuras de gobierno que les permiten administrar los recursos y controlar a los diferentes actores. • El gobierno nacional tiene el control sobre el FOSYGA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos, nacional y locales han tenido aprendizajes políticos que les han permitido ajustar el sistema de salud y resolver problemas en su funcionamiento. • Las élites también han podido comparar el funcionamiento del sistema actual contra el sistema de salud antes de la Ley 100 y han

Actores	Efectos de recursos e incentivos	Efectos interpretativos
	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos locales pueden administrar y acceder a los recursos financieros del sistema. 	<p>identificado que este ha tenido mejorías en universalidad y eficiencia.</p>
Grupos de Interés	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de interés influyentes (aseguradoras, prestadores, industria farmacéutica, asociaciones médicas) han identificado los mecanismos para tener acceso a la toma de decisiones, lo que fortalece su posición como actores influyentes. • Los grupos de interés influyentes también son capaces de identificar mecanismos para beneficiarse económicamente del sistema: • Las aseguradoras mantienen el control sobre las cotizaciones de los trabajadores, • Los prestadores identifican las mejores estrategias para negociar con las EPS y para tramitar la facturación. • La industria farmacéutica sabe cuándo presionar (lobby) para que un medicamento esté dentro del plan de beneficios y cuándo debe quedar por fuera para que sea recobrado o pagado con gasto de bolsillo, • Las asociaciones médicas, principalmente algunas de especialistas, han encontrado mecanismos para bloquear la formación de recurso humano en salud que pueda competir en el mercado y que provoque la reducción en ingresos de dichos especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de interés adquieren aprendizajes políticos sobre como navegar políticamente las instituciones para influir la toma de decisiones (lobby, movilización social, recurrir a la Corte Constitucional). • Grupos de interés como asociaciones médicas y de pacientes han aprendido como hacer visibles sus reclamaciones y como ganar opinión pública favorable. • Grupos de interés como los aseguradores, los prestadores y la industria farmacéutica han aprendido como movilizar sus intereses sin hacerlos visibles y sin que la opinión pública conozca sus motivaciones o intenciones. • Los aseguradores y prestadores han aprendido a hacer seguimiento de cada política del gobierno y prever posibles resultados que puedan beneficiarlos o perjudicarlos (trazabilidad de las decisiones)

Actores	Efectos de recursos e incentivos	Efectos interpretativos
	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de interés débiles han encontrado como crear nichos organizativos que les permitan influir la toma de decisiones (organizaciones sociales que aprenden a asociarse y a hacer lobby para poner en la agenda temas de su interés, por ejemplo, algunas asociaciones de pacientes de alto costo). 	
Público en general	<ul style="list-style-type: none"> • Los ciudadanos han sufrido un efecto de bloqueo. • Las tutelas también han creado un efecto de bloqueo, puesto que los ciudadanos ya reconocen un mecanismo por el cual pueden acceder fácilmente a los servicios de salud no cubiertos o negados por el asegurador 	<ul style="list-style-type: none"> • Los ciudadanos progresivamente han aprendido que tienen unos beneficios en salud, saben cómo quejarse ante el sistema, y saben a dónde acudir para acceder a los servicios. • Los ciudadanos pueden hacer seguimiento para reconocer cuáles EPS son mejores o peores, y cuales prestadores son de mejor calidad.

Conclusión

La descripción de los principales hitos históricos ocurridos desde 1991 hasta la actualidad, en las tres ramas del poder público y su posterior análisis, nos dan luces para entender por qué a pesar de los cambios en la rama judicial sobre la concepción del derecho a la salud y su influjo en las ramas ejecutiva y legislativa, no se ha generado un cambio en los arreglos institucionales del sistema de salud.

Los enfoques de cambio institucional incremental y del institucionalismo discursivo permitieron comprender la transformación que ha sufrido la rama judicial en su interpretación del derecho a la salud después de la coyuntura política de los inicios de la década del 90. Un primer cambio en el discurso normativo ocurrió por desplazamiento ya que las normas que

concebían la salud como un servicio público fueron remplazadas por el discurso de la salud como un derecho prestacional y programático, protegible bajo la figura de la conexidad. Un segundo cambio se explica bajo el concepto de *conversión*, donde la fundamentalidad del derecho de los niños fue dirigida a una nueva meta, específicamente a otros grupos poblacionales especiales y en condición de vulnerabilidad. El tercer cambio institucional en esta rama del poder lo explica el agotamiento de la figura de conexidad que combinado con los cambios que se presentaron en el entorno generaron una nueva concepción del derecho fundamental de toda persona, el cual debe ser autónomo, irrenunciable, complejo, inherente a la dignidad humana, y que presenta dimensiones positivas y negativas.

Sin embargo, a pesar de estos cambios incrementales con poder transformador que ocurrieron en la rama judicial, las ramas ejecutiva y legislativa no han generado cambios significativos en la trayectoria que tomó el sistema de salud desde la coyuntura crítica del inicio de los 90s. El enfoque de la trayectoria dependiente nos permitió explicar este fenómeno. Los efectos en recursos e incentivos y los efectos interpretativos que generó la Ley 100 en las élites gubernamentales, los grupos de interés y el público en general generaron un efecto de bloqueo a las ideas que propusieron un cambio estructural en el sistema.

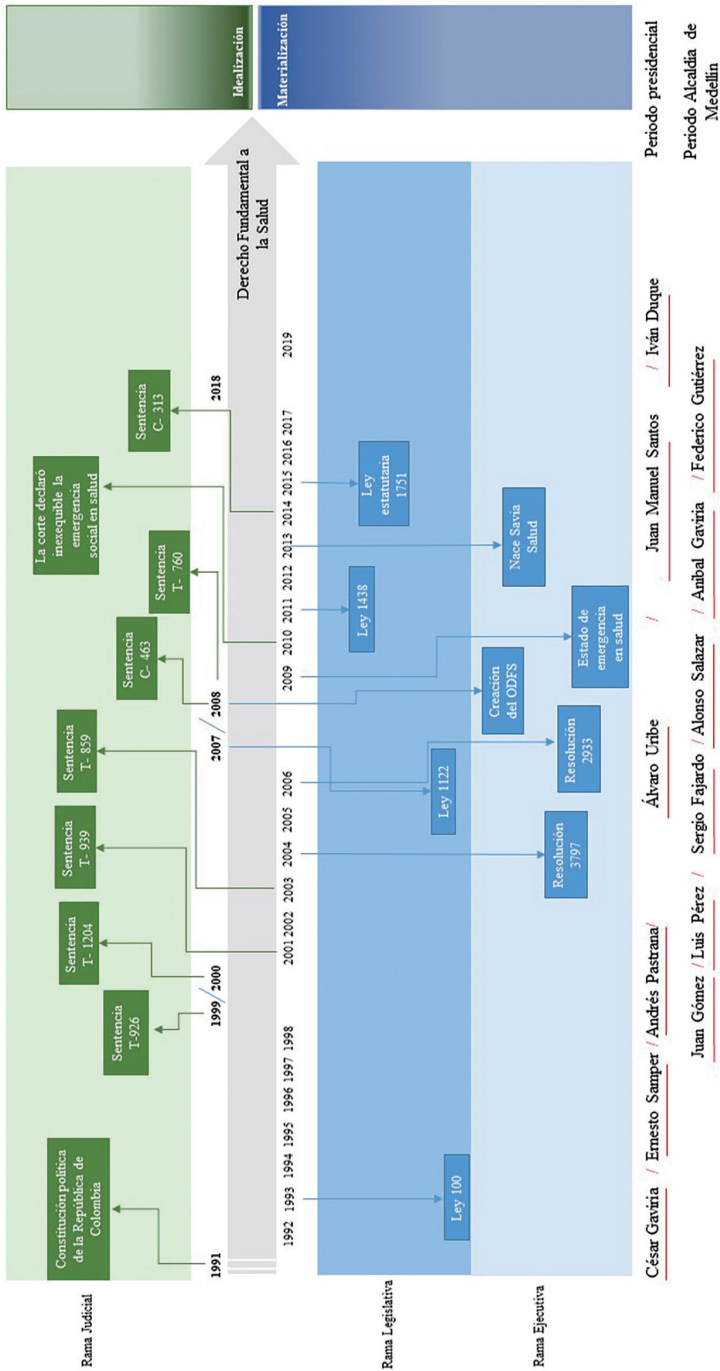
A pesar de los cambios en la regulación y funcionalidad del sistema, promovidos de manera conjunta por las instituciones de la rama ejecutiva y los partidos políticos dominantes que actuaron en alianza con los gobiernos de turno, la experiencia ciudadana en el acceso a los servicios y tecnologías definidas por la ley no ha sido transformada. El crecimiento progresivo y constante de las tutelas en salud es un indicador de ello, así como del desajuste entre el marco referencial, el de las ideas y el marco institucional.

Los numerosos llamados de atención a las instituciones del sistema de salud y entidades gubernamentales sectoriales, realizados por diferentes entes de control del Ministerio Público, respecto a la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, han sido

desatendidos, siendo paradigmático el incumplimiento, aún en 2019, de algunas de las órdenes de la Corte Constitucional proferidas desde el 2008 con la sentencia T-760. El desentendimiento de las órdenes judiciales expone también la contradicción en el movimiento de las ideas, motivado por la rama judicial y por la movilización social, respecto a los ajustes del marco institucional, promovidos por la rama ejecutiva en asocio con la legislativa. Está claro que las instituciones de las ramas del poder ejecutivo y legislativo han seguido un mismo guión y han alineado sus perspectivas frente al sistema de salud. Contrario ocurre con la rama judicial, la cual ha presionado por cambios en el sistema de salud, no previstos por el ejecutivo, y que ha provocado una relación tensionada entre ejecutivo y judicial (por ejemplo, dirá Rodríguez (2014), las múltiples declaraciones negativas acerca del papel de los jueces o al cambio de sentido de la Ley Estatutaria (la que surgió producto del control de la Corte Constitucional).

Para finalizar, y en clave propositiva-proyectiva, podríamos poner algo respecto a la noción de derecho a la salud que se ha ido configurando en la experiencia en Colombia, para señalar la necesidad de avanzar de una idea de derecho a la salud esencialmente ligado al acceso a los servicios de salud, a una donde se reconozca su carácter socialmente determinado y se avance en su protección y garantía. Para ello debe fortalecerse el marco de los procesos sociales que determinan la salud y la vida digna.

La experiencia de las personas respecto al uso de la tutela como recurso para la materialización efectiva del derecho a la salud representa un valioso aprendizaje social que expande la vivencia de la ciudadanía. Sin embargo, también ha generado una excesiva atención a la dimensión individual del derecho a la salud especialmente relacionado con el acceso a los servicios de atención a la enfermedad, en deterioro de un reconocimiento y construcción social de la dimensión colectiva de la salud (Breilh, 2003, 2013). Este factor es un producto en el que confluyen aspectos de orden meso y macrosocial sobre los cuales es necesario incidir para una garantía plena e integral del derecho fundamental a la salud.



Anexo. Hitos en el desarrollo del derecho fundamental a la salud, según ramas del poder público y periodos de gobierno nacional y local.

Bibliografía

- Arango, L. E., & Posada, C. E. (2006). *La tasa de desempleo de largo plazo en Colombia*. Borradores de Economía. Bogotá: Banco de la República.
- Béland, D. (2010). "Policy change and health care research". En *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), (pp. 615–641). Estados Unidos: Duke University Press.
- Bhatia, V. D., & Coleman, W. (2003). "Ideas and Discourse: Reform and Resistance in the Canadian and German Health Systems". En *Canadian Journal of political Science / Revue canadienne de science politique*, 36(04), (pp. 715-739). Cambridge: Canadian Political Science Association
- Bleich, E. (2002). "Integrating Ideas into Policy-Making Analysis: Frames and Race Policies in Britain and France". En *Comparative Political Studies*, 35(9). (pp.1054–1076). New York: Sage Journal.
- Boothe, K. (2012). "How the Pace of Change Affects the Scope of Reform: Pharmaceutical Insurance in Canada, Australia, and the United Kingdom". En *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(5). (pp. 779–814). Estados Unidos: Duke University Press.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl 1). (pp. 13–27). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Campbell, J. L. (2002). "Ideas, Politics, and Public Policy". En *Annual Review of Sociology*, 28(1), (pp. 21-38).
- Carrera Silva, L. (2011). "La acción de tutela en Colombia". En *Revista IUS*, 5. (pp. 72–94).
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. (1993). Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 (2007). Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 (2011). Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015 (2015). Colombia.
- Daza Castillo, L. A. (2017). "Poder en la política de salud colombiana: la sociedad civil y la reforma a la salud de 2013". En *Papel Político*, 22(1)
- Defensoría del Pueblo. (2009). *La tutela y el derecho a la salud, periodo 2006-2008*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo. (2018). *La Tutela: Los derechos a la salud y la seguridad social en Colombia* (12th ed.). Bogotá D.C.
- Gutiérrez, A., & Darío, R. (2012). "El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia". En *Sociedad y Economía*, (23), (pp. 183–204.) Cali: Universidad del Valle.
- Haas, P.M. (1992), 'Introduction: epistemic communities and international policy coordination'. En *International Organization* 46(1). (pp. 1–35). Estados Unidos: The MIT Press.

- Hacker, J. S. (1998). "The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian and U.S. Medical Policy". En *Studies in American political Development*, 12, (pp. 57-130). Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Hacker, J. S. (2004). "Review Article: Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform". En *British Journal of political Science*, 34(4), 693-724.
- Hall, P. (1993). "Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain". En *Comparative Politics*, 25(3), (pp. 275-290). Estados Unidos: Universidad de New York.
- Hall, P., & Tylor, R. (1996). "Political science and the three new institutionalisms". En *Political Studies*, 44(5), (pp. 936-957). Estados Unidos: SAGE Publications, Asociación de Estudios Políticos.
- Hernández Álvarez, M. (2000). "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". En *Revista de Salud Pública*, 2(2), (pp.121-144). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2010). "Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y el FMI". En *Viento Sur*, 109(1). (pp. 83-88). Madrid: UDL Libros.
- Iriart, C., Merhy, E. E., & Waitzkin, H. (2000). "La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma". En *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 95-105. Rio de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. (Harper Collins, Ed.) (2nd ed.). New York.
- Lieberman, R. C. (2002). "Ideas, institutions and political order: Explaining political change." En *American political Science Review*, 96(4), (pp. 697-712).
- Mahoney, J., & Thelen, K. (2010). "A Theory of Gradual Institutional Change". En E. Mahoney and Thelen (Ed.), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power* (pp. 1-37). New York: Cambridge UP.
- Martínez, F. (2019). "La salud en ´el juego del mercado´". En Arévalo, D., *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social* (pp. 216-324). Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Parra Vera, Ó., & Yamin, A. (2013). "La sentencia T-760 de 2008, su implementación e impacto: retos y oportunidades para la justicia dialógica". En Clérico, L., Aldao, M. & Ronconi, L. (Coords.), *Tratado de derecho a la salud*. (pp. 2591-2649). Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

- Pierson, P. (1993). "When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and political Change". En *World Politics*, 45(4), (pp. 595–628). Estados Unidos: Cambridge University Press, Instituto Princeton de Estudios Internacionales y Regionales.
- Pierson, P. (2000). "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics". En *The American Political Science Review*, 94(2), (pp. 251–267). Estados Unidos: American Political Science Association.
- Pierson, P., & Skocpol, T. (2002). "Historical institutionalism in contemporary political science. political Science". En *Political Science: State of the Discipline*, (3). (pp. 693-721). New York: W. W. Norton.
- Revista Semana. (Abril de 2017). "Las 100 empresas más grandes de Colombia". En *Revista Semana*. Edición especial.
- Rodríguez, C. (Noviembre 6 de 2014). ¿Langosta para todos? *El Espectador*.
- Schmidt VA. (1992) Taking ideas and discourse seriously: Explaining change through discursive institutionalism as the fourth 'new institutionalism.' *Eur Polit Sci Rev*. 2010;2(1):1–25.
- Schmidt VA. (2008) "Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse". En *Annual Review of Political Science*, 11(1). (pp. 303–326). Estados Unidos: Annual Reviews.
- Sitek, M. (2010). "The new institutionalist approaches to health care reform: lessons from reform experiences in Central Europe". En *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), (pp. 569–593). Estados Unidos: Duke University Press.
- Streek, W., & Thelen, K. (2005). "Introduction: Institutional Change in Advanced political Economies". En E. Wolfgang Streek and Kathleen Thelen (Ed.), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced political Economies* (pp. 1–39). Oxford: Oxford University Press.
- Thelen, K. (1999). "Historical institutionalism in comparative politics". *Annual Review of Political Science*, 2, (pp. 369–404). Estados Unidos: Annual Reviews.
- Tuohy, C. H. (1999). "Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain and Canada". En *Health Affairs*, 18(3), (pp. 114–134). Estados Unidos: The People to People Health Foundation.
- Vélez, M. (2016). *La Salud en Colombia: Pasado, Presente y Futuro de un Sistema en Crisis* (First Ed). Bogotá: Random House Penguin..

SISTEMAS DE SALUD Y DERECHO A LA SALUD: ANÁLISIS POLÍTICO TRANSNACIONAL

Claudia Marcela Vélez; Daniel Felipe Patiño Lugo

Introducción

Cada Estado y la sociedad a quien gobierna se relacionan de una manera única y particular, y dicha relación representa la política nacional del país. A pesar de su particularidad, grandes similitudes pueden encontrarse entre varios tipos de sistemas políticos. Mientras la naturaleza y manera exacta de interacción entre Estados y sociedades puede variar entre diferentes naciones, existen suficientes paralelos en cuanto a los patrones de relación Estado-sociedad y las funciones de las instituciones sociales; paralelos que permiten la comparación y clasificación de varias naciones en diferentes categorías políticas. En un análisis político comparativo transnacional se pueden considerar tres niveles de comparación: i) similitudes que subyacen a los estados, ii) similitudes que subyacen a las sociedades, y iii) similitudes que subyacen a la relación entre los dos.

En este capítulo se describe y analiza las diferentes visiones y ordenamientos del derecho a la salud en 16 países del mundo, incluido Colombia. La selección de los países a comparar se sustenta en el trabajo previo de Colleen M. Flood & Aeyal Gross, quienes en su rol como

editores recopilaron los análisis de diferentes académicos alrededor del mundo, en cuánto aproximaciones políticas y sociales del derecho a la salud entre países con sistemas de salud financiados mayoritariamente con recursos públicos, los de seguridad social y los de naturaleza mixta público-privada (Flood & Gross, 2015). Para el análisis político transnacional presentado en este capítulo, hemos reconfigurado las categorías de comparación, de tal manera que clasificamos a los países entre los que tienen una aproximación al derecho a la salud explícito (declarado en la Constitución o en otras leyes del orden nacional), y aquellos que abordan el derecho a la salud de manera implícita.

Métodos

Como se mencionó previamente, este capítulo retoma, reorganiza y estudia los análisis recopilados por Flood & Gross sobre el derecho a la salud en 16 países. Para la selección, los autores consideraron el criterio de incluir países con diversas aproximaciones al reconocimiento legal del derecho a la salud, que podía variar desde que estuviera específicamente reconocido en la Constitución, pasando porque pudieran ser interpretados en conexidad con la vida, que estuviera contenido en leyes domésticas o regulaciones específicas, hasta no tener ningún tipo de reconocimiento legal. Adicionalmente, clasificaron los países en tres categorías: i) aquellos con sistemas de salud financiados con recursos públicos a través de impuestos generales, ii) aquellos de seguridad social en salud con o sin competencia regulada, y iii) aquellos países con una mezcla de financiación público-privada donde el componente privado juega un rol central. Puesto que la amplia mayoría de los sistemas de salud tienen más de una fuente de financiación, fue difícil clasificar a algunos países. Por ejemplo, Hungría y Colombia fueron clasificados como de seguridad social en salud, pero puesto que en Colombia existe una fuerte presencia de administradoras privadas del aseguramiento y en Hungría el gasto de bolsillo y los sobornos juegan un papel esencial en la financiación, ambos países

podrían también ser clasificados como de mezcla público-privado. La decisión final de clasificación consideró la naturaleza del sistema de salud y su objetivo de proveer cuidado en salud universal para toda la población.

Los 16 países seleccionados por Flood & Gross fueron: Brasil, Canadá, China, Colombia, Estados Unidos, Holanda, Hungría, India, Inglaterra, Israel, Nigeria, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Suecia, Taiwán y Venezuela. De este grupo de países excluimos a Venezuela puesto que consideramos que el análisis sobre el derecho a la salud en la coyuntura política actual podría capturar inapropiadamente el rol de la institucionalidad judicial. En lugar de Venezuela incluimos a Chile, país que cumple con los criterios definidos por los autores y que contribuye a nuestro análisis.

Resultados

De los 16 países incluidos en el análisis, siete declaran explícitamente el derecho a la salud en la Constitución y las leyes (Brasil, Chile, China, Colombia, Holanda, Hungría y Sudáfrica), tres tienen sistemas de seguridad social en salud (Colombia, Holanda y Hungría) (Exter, 2015; Föld *et al*, 2015) y cuatro tienen sistemas de financiación mixto público-privado (Brasil, Chile, China, Sudáfrica) ((Exter, 2015 y Föld *et al*, 2015; Grover, Maitreyi & Lubhyathi, 2015). Entre los restantes nueve países que conciben el derecho a la salud de manera implícita, cuatro tienen sistemas de salud públicos financiados mediante impuestos generales (Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda y Suecia) (Ho, 2015; Lind, 2015), dos tienen sistemas de aseguramiento social (Israel y Taiwán) (Manning, 2015; Newdick, 2015), y los tres restantes tienen sistemas de financiación mixto público-privado (Estados Unidos, India y Nigeria) (Manning, 2015; Prado, 2015).

Los resultados se dividen en dos grandes secciones: en la primera se describen los sistemas de salud de cada uno de los países, por tipo de financiación, presencia de un plan de beneficios y si posee instituciones encargadas de dirimir conflictos relativos al acceso a la atención en salud. En la segunda sección se describen y analizan las inequidades

en salud identificadas en cada país, la presencia de litigación en salud y si se considera que el sistema o la litigación en salud tienen un efecto en la disminución de las inequidades identificadas (ver tabla 1).

Tipos de sistemas de salud y beneficios para los ciudadanos

Países que reconocen explícitamente el derecho a la salud

De los siete países que reconocen de manera explícita el derecho a la salud, ninguno es un sistema público/financiado por impuestos generales. Tres países, Colombia, Holanda y Hungría tienen sistemas de aseguramiento social en salud o de competencia regulada, y cuatro países, Brasil, Chile, China y Sudáfrica, tienen sistemas de salud mixtos.

a. Sistemas de aseguramiento social

Colombia y Holanda se consideran países con sistemas de salud de competencia regulada, puesto que se financian en gran parte con la contribución de los trabajadores, la cual es proporcional al ingreso y deducida por el empleador; esto permite una gran participación de aseguradoras y prestadores privados con ánimo de lucro. Por otro lado, Hungría, aunque se considera con un sistema de seguridad social en salud, tiene características que lo acercan a un sistema público. La contribución de los trabajadores llega a un fondo público único administrado por una agencia pública centralizada; no existen seguros privados que compitan o replacen la agencia pública y los hospitales son en su mayoría públicos.

Los países con sistemas de seguridad social en salud tienden a tener procesos formales para determinar la lista de bienes y servicios cubiertos por los seguros universales. Colombia pasó de tener un plan de beneficios a un sistema de “todo incluido” con un mecanismo que define exclusiones explícitas; sin embargo, el procedimiento

para determinar que bienes y servicios son excluidos todavía no es claro. En Holanda, el sistema de salud cubre bienes y servicios relacionados con el cuidado curativo esencial de acuerdo con criterios de necesidad, eficacia, costo, efectividad y responsabilidad colectiva o individual. El sistema holandés utiliza una aproximación funcional para clasificar los beneficios, es decir, no hay una lista preestablecida de beneficios para los cuales hay un reembolso garantizado, solo se incluye una descripción general del cuidado cubierto por el asegurador, por ejemplo, cuidado médico, dental y farmacéutico. Depende del prestador de salud y del asegurador definir los beneficios que son considerados necesarios bajo la ley y, para esto, deben tener en cuenta los bienes y servicios que han sido evaluados por la evidencia científica internacional. Esto quiere decir que, en Holanda, si un tratamiento ha sido probado por la ciencia internacional, el asegurador en salud no puede negar su autorización así este no exista en Holanda.

En Hungría, el parlamento determina el alcance y contenido del plan de beneficios. En este plan se distinguen tres tipos de paquetes: i) un paquete básico financiado por un presupuesto central, al cual tienen acceso todos los residentes independientemente del aseguramiento; este incluye servicios relacionados con el control de infecciones y servicios de urgencias principalmente; ii) un paquete asegurado para aquellos afiliados al sistema de seguridad social, que incluye servicios totalmente cubiertos, como servicios preventivos, curativos y de rehabilitación; también incluye servicios subsidiados –como prescripciones ambulatorias– y servicios cubiertos parcialmente que requieren copagos –como algunos procedimientos de ortodoncia y servicios prestados en instituciones de salud mental–; y iii) un paquete suplementario con servicios que no están en el paquete asegurado, los cuales se cubren con pagos de bolsillo o seguros privados para servicios como tratamientos estéticos o servicios recreacionales.

En estos países, la estructura legal de los sistemas de salud, la cual tiene un énfasis en un paquete definido de beneficios que son parte

del contrato del asegurador, provee las condiciones para los litigios sobre derechos de salud. Cuando existen conflictos relativos al acceso y a la atención en salud, tanto en Colombia como en Holanda, las cortes aceptan reclamos individuales buscando el acceso a los servicios de salud cuando estos son negados por el asegurador. En Colombia, los ciudadanos pueden interponer una tutela, que son mandatos informales y expeditos que permiten a cualquier ciudadano buscar protección judicial cuando hay una amenaza a sus derechos básicos por el estado o por un tercero, como las aseguradoras en salud. En Holanda, los ciudadanos pueden acudir a las leyes internacionales y de la Unión Europea para presentar reclamos ante las cortes, y así acceder a tratamientos que no son cubiertos por los aseguradores locales, pero cuya efectividad ha sido probada por la ciencia médica internacional. Hungría, es diferente en esta categoría. En este país las cortes reconocen el derecho a la salud como un objetivo al cual aspirar y que está fuertemente delimitado por el presupuesto gubernamental; por lo tanto, en este país las decisiones estatales sobre los beneficios no son judicializables en casos constitucionales. Sin embargo, en este país los individuos utilizan otros mecanismos para mejorar el acceso equitativo a la salud. Desde 1993 existe una oficina del defensor con el poder de investigar las quejas de los ciudadanos, realizar investigaciones sobre la violación a los derechos constitucionales e iniciar acciones individuales o generales para solucionarlos. Los casos en salud que se han tratado en esta oficina evidencian las quejas de los ciudadanos frente a las reglas que excluyen ciertos productos del plan de beneficios o que imponen altos copagos, puesto que estas violan el derecho constitucional a la salud.

b. Sistemas de financiación mixta público-privada

Brasil, Chile, China y Sudáfrica, los cuales reconocen de manera explícita el derecho a la salud, se consideran países con sistemas de salud mixtos en donde el sistema privado de salud desempeña un papel central paralelamente al sistema público. Brasil y Sudáfrica, por

ejemplo, tiene un sistema público, financiado por impuestos generales, y un sistema privado suplementario, financiado por pagos de primas de aseguramiento o gastos de bolsillo. En el caso de Brasil, el sistema privado sirve a aproximadamente el 25% de la población, y en el caso de Sudáfrica el sistema privado recibe la mayoría de los recursos humanos y financieros de todo el sistema. En China existen tres tipos principales de sistemas públicos: un sistema para empleados urbanos, otro para residentes urbanos no empleados y un tercero para trabajadores rurales. El primero es financiado por las contribuciones de los empleados y empleadores y los otros son financiados principalmente por el Gobierno. Adicionalmente, en los últimos años, el gobierno chino ha impulsado el aseguramiento comercial en salud, dirigido a población que puede acceder a seguros privados complementarios para cubrir deducibles, copagos y servicios que no estén cubiertos por el sistema público. Incluso, se han propuesto programas piloto en donde el estado genera descuentos en impuestos a los individuos que adquieren seguros de salud privados (Choi, W.; Shi, H.; Bian, Y. & Hu, H, 2018).

En estos países con sistemas de salud mixtos, sus componentes públicos no tienen una lista explícita de beneficios en salud, por el contrario, intentan garantizar un cuidado individual y colectivo suficiente, con definiciones muy amplias de los beneficios. Por ejemplo, en Brasil, el Sistema Único de Saúde, SUS, considera unos beneficios en atención primaria, secundaria, de urgencias y especializada; por su lado, en Chile todo está potencialmente incluido, pero lo que se prioriza en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, AUGE, está garantizado con oportunidad y calidad. En Sudáfrica se contempla la provisión de servicios médicos esenciales, incluyendo la Atención Primaria de Salud (APS), y, aunque no hay un plan de beneficios, el Ministerio de Salud tiene la discreción de definir las prioridades.

Este grupo de países que reconocen de manera explícita el derecho a la salud y que tienen financiamiento mixto, son heterogéneos

en cuanto a las instituciones que utilizan para resolver conflictos relativos al acceso y a la atención en salud. En China, las cortes no tienen el poder de interpretar la constitución y de resolver conflictos legales, la protección judicial y los litigios son una herramienta débil para defender el derecho a la salud. Sin embargo, tienen otros mecanismos para resolver los conflictos como el sistema administrativo de “cartas y visitas”, similar a un sistema de quejas y reclamos, el cual permite a los solicitantes visitar o escribir a la administración y los organismos superiores del gobierno para exigir una reparación. Por el contrario, en Sudáfrica y Brasil las cortes tienen un papel fundamental en la resolución de estos conflictos y los litigios son el principal mecanismo legal que pueden utilizar los individuos para promover la equidad en salud. No obstante, Brasil ha permitido que este mecanismo se utilice principalmente para resolver casos individuales, mientras que Sudáfrica ha utilizado los casos colectivos para modificar estructuralmente el sistema de salud.

Países que reconocen implícitamente el derecho a la salud

De los nueve países que reconocen de manera implícita el derecho a la salud, cuatro tienen sistemas de salud públicos financiados mediante impuestos generales (Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda y Suecia), dos tienen sistemas de aseguramiento social (Israel y Taiwán) y los tres restantes tienen sistemas de financiación mixto público-privado (Estados Unidos, India y Nigeria).

a. Sistemas financiados con impuestos generales o de financiamiento público

Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda y Suecia se caracterizan por tener sistemas de salud financiados por impuestos generales, en donde el Gobierno es el encargado de recolectar los fondos y pagar por atención médica en nombre de toda la población. Generalmente, en

estos países los servicios que están contenidos en el sistema público no pueden ser obtenidos por medio de seguros privados ni de gastos de bolsillo. Por ejemplo, en Canadá, las provincias han establecido autoridades sanitarias regionales que planifican y prestan servicios financiados con fondos públicos a nivel local. Estas son responsables de la financiación y la prestación de atención hospitalaria, comunitaria y de larga duración, así como de servicios de salud mental y pública. El Gobierno federal cofinancia las provincias siempre y cuando sus sistemas de salud sean administrados públicamente, tengan cobertura integral, universal, portable en todas las provincias y accesible, es decir, sin tarifas o gastos de bolsillo para los usuarios. El sistema público cubre todos los servicios médicos y hospitalarios, pero no cubre medicamentos de prescripción ambulatoria, cuidado dental, cuidado en casa, servicio de ambulancia y equipos médicos que se utilizan fuera del hospital. Por esta razón, el 67% de la población compra seguros privados complementarios para cubrir los beneficios que no cubre el sistema público.

Debido al compromiso de estos países por garantizar un cubrimiento exhaustivo de las necesidades de salud de su población, ninguno de ellos tiene una definición explícita de los beneficios en salud. En Canadá, el sistema público cubre todo lo que se define como necesidad médica pero no hay una definición legal establecida para decir qué se entiende por este concepto. Lo que cubre el sistema resulta de una decisión entre las provincias, las asociaciones médicas y el ministro de salud de cada territorio. En Inglaterra, los derechos y los deberes en el Sistema Nacional de Salud se describen por conceptos y no están definidos por una lista de beneficios. Sin embargo, sí hay una lista de tratamientos que los médicos generales no pueden ordenar en el cuidado primario y una lista de tratamientos que se pueden ordenar solo en ciertas circunstancias. En Nueva Zelanda, la decisión general sobre qué bienes y servicios prestar, es el resultado de múltiples decisiones a diferentes niveles del sistema. El ministro de

salud divide el presupuesto entre la salud pública, servicios de atención en salud personal y servicios para la discapacidad; y los servicios para la salud pública, maternidad y salud mental son financiados por el nivel nacional. El presupuesto para los servicios de atención en salud personal se asigna a las autoridades regionales en salud, quienes tienen la responsabilidad de prestar todos los servicios de salud financiados públicamente en su región geográfica. El sistema cubre la atención preventiva; es decir, los servicios hospitalarios y ambulatorios, atención primaria, medicamentos para pacientes hospitalizados y algunos ambulatorios y cuidado de la salud mental; también cubre el cuidado dental para niños, cuidado a largo plazo, ayuda domiciliaria, cuidado de hospicio y servicios de apoyo a la discapacidad.

En Suecia, la responsabilidad de organizar y financiar la atención médica recae en los consejos de condado –autoridades regionales– y los municipios, por esto, los servicios en salud varían en todo el país. Sin embargo, de manera general, el sistema de salud cubre la salud pública y los servicios preventivos, la atención primaria y la especializada para pacientes hospitalizados y ambulatorios, también los cuidados de emergencia, medicamentos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, cuidado de la salud mental, servicios de rehabilitación, servicios de apoyo a la discapacidad, servicios de apoyo al transporte de pacientes, atención domiciliaria, atención a largo plazo, así como la atención odontológica y optometría para niños y jóvenes.

En ninguno de estos países, a excepción de Inglaterra recientemente, los derechos en salud pueden ser justiciables por los individuos. Suecia, por ejemplo, no tiene ninguna articulación formal que haga referencia a los derechos en salud o a litigios relacionados con estos. En Inglaterra, antes de 1999, las cortes consideraban que los conflictos relativos al acceso a la atención en salud no eran de su competencia, sin embargo, recientemente se ha tomado una aproximación en la que las cortes han adoptado un rol más proactivo; por lo que se han recibido peticiones individuales buscando acceso a

nuevos medicamentos o dispositivos. Es importante aclarar que esta aproximación en Inglaterra surge en el contexto de la ley administrativa y no en el contexto de aplicación de los derechos constitucionales.

En los otros países, los individuos cuentan con otras instituciones para dirimir conflictos relativos al acceso a la atención en salud. Por ejemplo, en Nueva Zelanda existe un Comisionado de Salud y Discapacidad, independiente del Gobierno, cuya función es promover y proteger los derechos de los consumidores y facilitar la resolución de quejas en materia de infracción de los derechos de manera que sea eficiente, justa, rápida y fácil.

b. Sistemas de aseguramiento social

En Israel, en 1995, empezó la Ley Nacional de Aseguramiento en Salud la cual transformó el sistema de salud en un híbrido entre los modelos de Bismarck y Beveridge. En este país, el Estado es responsable de financiar la canasta de servicios de salud; los fondos de enfermedad –instituciones prestadoras de salud– son responsables por la prestación de servicios y los residentes son responsables de pagar un impuesto de salud, el cual es proporcional al ingreso. Sin embargo, después de implementada la ley nacional, Israel realizó una serie de reformas en el financiamiento del sistema que redujeron la responsabilidad del estado al permitir el cobro de copagos y otros gastos de bolsillo que limitan la accesibilidad de los pobres. Debido a esto, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud es de 62%, uno de los más bajos de todos los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Similar a Israel, Taiwán lanzó en 1995 su programa universal en salud: el Seguro Nacional en Salud. En este sistema, el cual es obligatorio para todos los residentes, el Estado, a través del buró del seguro nacional en salud, recolecta las primas pagadas por los asegurados, los empleadores y el Gobierno. Con esto contrata con los prestadores de salud en una modalidad de pago global, para que presten

servicios de salud exhaustivos a los asegurados. El 90% del sistema es financiado con primas de aseguramiento, en donde en el caso de los empleados, el empleador paga 60% de la prima, el empleado el 30% y el Gobierno el 10%. En Taiwán también existen los copagos y las pólizas de seguros privados suplementarios que representan un 4% de la financiación del sistema de salud.

Ambos países tienen un plan de beneficios definido. En el caso de Israel se conoce como “canasta de servicios de salud” e incluye una lista de servicios y medicamentos básicos la cual es actualizada periódicamente con el consentimiento del Ministerio de Finanzas y de acuerdo con los fondos adicionales que adjudique el Gobierno cada año, para incluir las nuevas tecnologías. La lista no se ha actualizado adecuadamente desde 1998 y, por lo tanto, existen nuevas tecnologías que solo están disponibles para aquellos que pueden pagar. Taiwán tiene un plan exhaustivo que cubre desde servicios ambulatorios, hospitalarios, prescripciones y tratamiento dentales; y tiene una lista de exclusiones para cirugía cosmética, ortodoncia, medicamentos no hospitalarios, ensayos clínicos, entre otros.

En Israel los litigios en salud para resolver conflictos relativos al acceso a la atención en salud se han presentado de dos formas. En la primera, las quejas de los pacientes se presentan ante el tribunal laboral cuando el paciente necesita un tratamiento o medicamento que no se encuentra en la canasta de beneficios. En la segunda, se presentan casos ante la Alta Corte de Justicia cuando el demandante busca una revisión judicial frente a una decisión del Gobierno de no proveer ciertos medicamentos o tratamientos. Las quejas en la primera forma han tenido éxito en Israel, pero las segundas no, ya que la Corte ha respaldado la mayoría de las decisiones del Gobierno argumentando que cualquier cosa más allá del mínimo en salud afecta el presupuesto y, por lo tanto, está a discreción del Estado. En Taiwán, aunque existen principios constitucionales que amparan el programa universal en salud, no existen derechos constitucionales relacionados

con la salud, por lo tanto, los individuos no cuentan con un mecanismo legal que les permita mejorar el acceso o la calidad a los servicios de salud prestados por el programa universal.

c. Sistemas de financiación mixta público-privada

Estados Unidos, India y Nigeria, los cuales no reconocen de manera explícita el derecho a la salud, se consideran países con sistemas de salud mixtos en donde el sistema privado de salud desempeña un papel central paralelamente al sistema público. En Estados Unidos, los gastos en seguros privados de salud representan aproximadamente el 18.2% de los gastos totales en atención médica. En India, el gasto público es del 25% y el privado del 73%, y la falta de cobertura universal ha resultado en pagos de bolsillo muy altos que han llevado a muchas personas en la India a la pobreza. En Nigeria, el gasto público es del 13% y el privado del 87% del total de los gastos en salud (ver tabla 2). En este país, cerca del 70% de los pagos relacionados con el sistema de salud se hacen como un gasto de bolsillo.

En cuanto a los beneficios en salud que ofrecen los sistemas de salud de estos países. En Estados Unidos, los planes de salud ofrecidos en el mercado de seguros deben cubrir servicios en diez categorías de beneficios de salud esenciales: i) servicios ambulatorios para pacientes; ii) servicios de emergencia; iii) hospitalización; iv) atención a la maternidad y al recién nacido; v) servicios de salud mental y tratamiento de trastornos por uso de sustancias; vi) medicamentos bajo prescripción; vii) servicios y dispositivos de rehabilitación; viii) servicios de laboratorio; ix) servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y x) servicios pediátricos, incluyendo atención dental y de la visión. Sin embargo, cada estado determina el rango y la extensión de los servicios específicos cubiertos en cada categoría.

En India, todos los servicios en hospitales del Gobierno, incluida la atención preventiva y primaria, los servicios de diagnóstico, la atención ambulatoria y hospitalaria, se prestan de forma gratuita; pero la grave escasez de personal y suministros limita el acceso a la atención.

El esquema de seguridad nacional de salud incluye cuidado curativo, medicamentos de prescripción, pruebas diagnósticas, atención a la maternidad, atención preventiva, hospitalaria, y algunos servicios de atención dental y de la visión.

En estos países, excepto en India después del 2017, no existe un derecho a la salud directo ni justiciable en la Constitución. Por lo tanto, en cada país se ha recurrido a diferentes mecanismos para tramitar las fallas en las prestaciones en salud. En Estados Unidos, los litigios no han jugado un papel importante en mejorar el acceso a los servicios, pero la legislación, específicamente la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio del 2010 (The Affordable Care Act) ha creado un camino promisorio para defender el derecho a la salud. En India, para facilitar la realización de los derechos fundamentales, la Corte Suprema creó el concepto de litigios de interés público (PIL). Este mecanismo se concibió como un vehículo para iniciar un cambio socioeconómico y permitir a los litigantes buscar justicia social y económica al demandar las medidas ejecutivas y legislativas, lo que ha permitido desarrollar jurisprudencia en relación con el derecho a la salud y direccionar al Estado hacia la formulación de políticas más equitativas. En Nigeria, los litigios tampoco juegan un papel importante debido a la falta de movilización social y a que en la Constitución no se garantiza el derecho a la salud. Sin embargo, las cortes de este país podrían utilizar la Carta Africana de Derechos Humanos o ligar el derecho a la salud al derecho a la vida, el cual sí está incluido en la Constitución, como lo han hecho otros países.

Inequidades y litigación en salud

Las diferentes inequidades en la atención en salud entre subgrupos poblacionales fueron clasificadas en cuatro categorías: i) por ingresos económicos (pobres y ricos), ii) geográfica (zona rural o urbana; grandes ciudades o pequeñas municipalidades), iii) racial (entre grupos raciales

o a minorías raciales), y iv) grupos minoritarios (inmigrantes, religiosos, culturales, sexuales).

a. Países que reconocen explícitamente el derecho a la salud

En los siete países que reconocen de manera explícita el derecho a la salud se identificaron inequidades por ingresos económicos (el coeficiente de GINI para 2017 en estos países osciló entre 28.2 para Holanda y 63 para Sudáfrica, con un promedio de 44.25). En Sudáfrica, por ejemplo, el sistema privado que beneficia al 16% de la población ha llegado a retener el 85% de los odontólogos y farmacéutas, y al 60% de los médicos y otros profesionales de la salud (Flood & Gross, 2015). En Brasil, Chile, China, Colombia y Sudáfrica, se identificaron inequidades geográficas, mientras que solo Colombia y Sudáfrica también identificaron inequidades raciales. En ninguno de los países con reconocimiento explícito del derecho a la salud se consideraron inequidades en grupos minoritarios (inmigrantes, relativos a la religión o cultura, o por minorías sexuales). La falta de identificación de inequidad en grupos minoritarios probablemente sea explicada por la falta de estudio y medición de esta, y no por su verdadera ausencia.

En cuanto a si la presencia/ausencia de litigación en derecho a la atención en salud y el tipo de litigación tiene algún efecto sobre la disminución de las inequidades detectadas en salud, encontramos que, en los siete países que reconocen de manera explícita el derecho a la salud, solo en Brasil y Colombia es considerado un derecho individual y, por ende, susceptible de ser demandable (Moestad, Ferraz & Rakner, 2011). En Chile y Holanda las personas pueden demandar en temas civiles. Por ejemplo, en Chile se han presentado demandas donde se alega que el asegurador privado incrementó ilegalmente la prima de aseguramiento en salud, o en Holanda se presentan demandas para exigir el reembolso de ciertas atenciones en salud que fueron cubiertas con gasto de bolsillo del asegurado (García, 2014). Sin embargo, en todos los países diferente de Brasil y Colombia, las cortes han sido

vacilantes en actuar de tal manera que sus decisiones marquen precedentes para la ley que regula el sistema de salud, o que impliquen cambios en la asignación o reasignación de recursos para la salud. Esto se ha dado principalmente porque consideran que no son la estancia apropiada para la modificación de la política en salud, o porque rechazan la aproximación individualista y prestacional del derecho a la salud.

En los países que abordan el derecho a la salud desde una aproximación colectivista, o que explícitamente han rechazado una interpretación individual del derecho, la razón fundamental para dicha decisión ha estado relacionada con que la intervención judicial en temas individuales podría afectar negativamente la distribución de los recursos del sistema de salud. Por ende, la posibilidad de alcanzar metas colectivas en términos de universalidad, equidad y calidad también se verían afectadas. Tanto Sudáfrica como China y Hungría comparten un precedente de gobiernos orientados a la izquierda. Hungría fue comunista hasta 1989, China mantiene una herencia política de este espectro, y Sudáfrica tuvo la revolución que dio fin al Apartheid (Forman & Singh, 2015). En los tres países, el sector ejecutivo influyó para prevenir que la rama judicial interpretara el derecho a la salud en términos individuales que marcaran precedentes legales, que, como se mencionó antes, afectaran la distribución de los recursos en salud. En Hungría, por ejemplo, la Corte dejó claro que el derecho constitucional al más alto nivel posible de salud no puede ser interpretado como un derecho individual demandable (Földes, 2015). En Sudáfrica, esta aproximación ha favorecido que se establezcan litigios colectivos exitosos, mientras que los individuales han sido fallados negativamente (Forman, 2015).

En el caso *Thiagraj Soobramoney vs. ministro de salud Kwa-Zulu Natal* en 1998, la corte sudafricana dejó claro que su interpretación del derecho no sería en términos individuales sino colectivos. En este caso, el señor Soobramoney fue a la Corte para demandar al Estado porque su hospital le negó la diálisis renal que requería. El argumento

del hospital para negar el servicio atendía criterios de racionamiento de estos, puesto que la diálisis está solo disponible para aquellos pacientes con falla renal crónica elegibles para trasplante renal. La Corte consideró que permitir los reclamos por diálisis u otros tratamientos costosos podría perjudicar otras necesidades en salud, y, por lo tanto, afectar la habilidad del gobierno de cumplir otras necesidades económicas y sociales. Cuatro años después, el caso *Ministerio de salud vs. Campaña de Tratamiento en Acción (TAC)*, dejó clara la posición garantista del derecho colectivo de la Corte. Este pleito comenzó con la negativa del Ministerio de salud de aprobar en el país el uso de Nevirapina, un antirretroviral, argumentando que era tóxico –el Gobierno apoyaba las campañas que niegan la existencia del SIDA–. Frente a esta situación, un grupo de ONG y médicos del sector público, liderados por TAC, demandaron al ministerio exigiendo que introdujera Nevirapina para el tratamiento del VIH/SIDA. La Corte falló que era poco razonable que el Gobierno negara el uso del medicamento argumentando que se debía esperar a tener más pruebas de su seguridad, puesto que ya había estudios clínicos fuera de Sudáfrica que demostraban su efectividad. La Corte falló positivamente la demanda a favor de los pacientes con VIH/SIDA y ordenó que se incluyera el medicamento como uno de los beneficios del sistema público.

Al analizar la organización y financiación del sistema de salud y la participación del sector judicial (no litigación, litigación individual, litigación colectiva) en la reducción de las inequidades en salud identificadas, se encuentra lo siguiente. Como muestran Prado (2015) y Glassman (2017), en Brasil y Colombia, que permiten una interpretación individual del derecho, no es claro si la litigación individual ha ampliado o reducido las brechas de la inequidad en salud. Los estudios al respecto son insuficientes para concluir si la población de menos recursos económicos, de regiones apartadas o del área rural, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, y otros grupos minoritarios, efectivamente son quienes acceden a las demandas individuales por

atención en salud. O si, por el contrario, como ocurre generalmente con el sector judicial, las demandas son accesibles solo para aquellos que pertenecen a clases medias y altas, personas educadas, residentes en las grandes ciudades y pertenecientes a mayorías raciales.

En los otros cinco países con interpretaciones colectivas del derecho (Chile, China, Holanda, Hungría y Sudáfrica), como bien analizan Exter (2015), Földes (2015), Forman & Singh (2015), se considera al sistema de salud como inequitativo. Particularmente, el análisis sobre Sudáfrica concluye que favorecer las demandas colectivas por el derecho a la salud ha reducido la inequidad principalmente relativa al acceso a tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. En China, el análisis propuesto por Ho (2015) conduce a rechazar la interpretación individual del derecho a la salud por considerar que amplía las inequidades, puesto que solo las personas de condición socioeconómica alta pueden acceder al sistema judicial. La autora considera que una interpretación individual del derecho a la salud vulgariza el derecho, puesto que tiende, por un lado, a definir la cobertura de la atención en salud de acuerdo a las contribuciones y no a los beneficios (la definición del *per cápita* en lugar de estimar el costo de atención de calidad para cada persona según necesidades). Por otro lado, se da porque sobre enfatiza la reclamación de productos farmacéuticos (situación reportada en Brasil y Colombia). Por último, Ho considera que se vulgariza la salud porque privilegia la demanda de bienes impersonales sobre la atención en salud menos fungible (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, aspectos colectivos).

- b. Países que reconocen implícitamente el derecho a la salud
 - i. Sistemas financiados con impuestos generales o de financiamiento público

Se identificaron inequidades por ingresos económicos en todos los países, pero solo para acceder a tecnologías no cubiertas por el sistema de salud (el coeficiente de GINI osciló entre 29 para Suecia y 34 para Canadá, con un promedio de 32.4). En

Nueva Zelanda se identifican inequidades geográficas, principalmente por menor acceso a atención en salud en comunidades que residen en islas asiáticas en el pacífico (Manning, 2015). Inequidades raciales se identifican en Canadá y Nueva Zelanda; en estos casos, como señala Anna-Sara Lind (2015), se dio menor acceso a atención en salud de tribus nativas de Canadá e indígenas Maorí de Nueva Zelanda. En cuanto a inequidades por grupos minoritarios, Suecia es el único que se ha preocupado por este aspecto y ha encontrado que los nacidos en países no nórdicos, los inmigrantes en situación irregular, y algunos grupos con ciertas creencias culturales o religiosas, podrían tener problemas de acceso a atención en salud apropiada. Por ejemplo, se ha identificado en el sur de Suecia que varias localidades introdujeron limitaciones para que las mujeres soliciten ginecólogas en lugar de ginecólogos, puesto que muchas mujeres alegaban creencias religiosas que precluyen ser atendidas por hombres. La Asociación de Ginecólogos rechazó esta tendencia de las mujeres a solicitar solo ginecólogas, aduciendo que eso discriminaba a los hombres de la profesión.

En este grupo de países no hay precedentes de litigios demandando el derecho a la salud o el acceso a la atención en salud. En estos países las cortes han enfatizado que decisiones sobre distribución de recursos en el sistema de salud son competencia de la rama ejecutiva y no de la judicial. Sin embargo, en los tres países se identificaron instituciones gubernamentales encargadas de vigilar y tramitar quejas relativas a la calidad u oportunidad en la atención en salud –no al acceso, puesto que los beneficios en salud en estos países son para toda la población–.

En Nueva Zelanda, por ejemplo, se puede recurrir a una figura denominada ayuda legal civil (*civil legal aid*) que es un régimen de quejas que no requiere abogado. Esta asistencia es dada cuando se presentan quejas por efectos adversos en la atención

–no se puede demandar por falta de acceso–. Sin embargo, investigadores han mostrado que dichas quejas son escasas, particularmente más escasas en personas ancianas (25% menos), de comunidades de condición socioeconómica baja, y de etnicidad del Pacífico (Bismark, 2006). El parlamento neozelandés ha sido reacio a crear un derecho a la salud que sea demandable. Desde que se implementó el sistema público para racionalizar la atención en salud, se han presentado tres demandas civiles importantes al Gobierno. Una de ellas es el caso Shortland vs. Northland Health Ltd, la cual fue presentada por la familia de un hombre maorí de 63 años con diabetes tipo 2, a quien su proveedor de salud le negó ser incluido en un programa domiciliario de diálisis peritoneal. La decisión se sustentó en una guía de acceso al servicio basada en evidencia, la cual asigna los recursos en salud de acuerdo con la habilidad del usuario de beneficiarse del tratamiento –en un caso usual, un pronóstico de más de dos años de vida es necesario para ser admitido automáticamente al programa de diálisis domiciliaria–. En el caso del paciente demandante, su pronóstico era de solo un año de vida. La guía de acceso considera otros factores como la habilidad del paciente para cooperar con el tratamiento; sin embargo, este criterio tampoco era cumplido por el paciente debido a que tenía una demencia moderada y una red familiar débil. La familia demandó alegando que dicha decisión violaba el derecho a la vida del hombre. Sin embargo, la Corte falló que la decisión del proveedor era bien fundamentada, conforme a los estándares actuales, basada en evidencia y totalmente informada a la familia.

Los países de derecho implícito y sistema financiado con recursos públicos concluyen que el sistema está orientado hacia la equidad, aunque puedan presentarse problemas puntuales para el acceso a algunos servicios por algunas subpoblaciones. En Nueva Zelanda, donde existe la ayuda legal civil – es decir, que

no requiere de un abogado-, no se ha logrado concluir si son los más ricos los que se benefician del mecanismo.

c. Sistemas de financiación mixta público-privada y de aseguramiento social

Se identificaron inequidades por ingresos económicos en todos los países, siendo el grupo de países que reporta las más profundas disparidades en acceso a salud y en riesgo de bancarrota familiar por pago de atención en salud (el coeficiente de GINI osciló entre 33.7 para Taiwán y 43 para Nigeria, con un promedio de 38.5). India, por ejemplo, reporta los medicamentos más baratos del mundo, no obstante, las personas pobres no logran acceder a ellos (Grover, 2015). En los cinco países se identificaron inequidades geográficas (entre grandes ciudades y ciudades pequeñas o apartadas). Excepto Nigeria, todos los demás identificaron inequidades raciales importantes, además de identificar inequidades por grupos minoritarios en Estados Unidos e Israel (inmigrantes, minorías religiosas, minorías sexuales). Según Gross (2015), en Israel, por ejemplo, el sistema de salud no cubre a aquellos que buscan asilo, a los trabajadores inmigrantes, ni a los palestinos de los territorios ocupados.

En cuanto a la litigación en salud, encontramos en los estudios de Chen (2015) y Nwabueze (2015), que Nigeria y Taiwán precluyen cualquier demanda individual o colectiva en salud. En Taiwán, por ejemplo, hubo una demanda ante la corte porque beneficiarios de esquemas de aseguramiento en salud previos a la reforma tenían mayores beneficios con menor costo de prima de aseguramiento, los demandantes argumentaron que el NHI era inferior a sus expectativas y por lo tanto deberían permitirles quedarse con el esquema anterior. La Corte decidió que el NHI fue promulgado prospectivamente pensando en el interés público, como ordena la Constitución, y, por lo tanto, el argumento de expectativa legítima no era suficiente en este caso.

En Estados Unidos, India e Israel, los litigios individuales solo hacen referencia a aspectos civiles, como demandas a proveedores y aseguradores –públicos y privados– por temas de mala praxis, o fallas en la atención de acuerdo con lo convenido en el contrato de aseguramiento (Hoffman, 2015). Sin embargo, en India e Israel, las cortes han permitido y favorecido las demandas colectivas en temas de salud, tratando de disminuir las inequidades de los sistemas. En India, para facilitar la realización de los derechos fundamentales, la Corte Suprema creó el concepto de litigios de interés público (PIL). Este mecanismo se concibió como un vehículo para iniciar un cambio socioeconómico y permitir a los litigantes buscar justicia social y económica al demandar las medidas ejecutivas y legislativas. Según Grover (2015), PIL es actualmente usado por varias ONG que buscan mejorar las condiciones de salud de los menos favorecidos. En Israel, la corte de justicia ordenó en 2012 al ministro de salud y al ministro de finanzas que de manera expedita adoptara un mecanismo para actualizar el índice de costos en salud; lo que cuesta la canasta beneficios en salud incluidos en la ley. Por un largo tiempo dicho índice no se había actualizado, y por lo tanto el aumento en los costos en salud asumidos por los prestadores estaban a merced del incremento anual del presupuesto en salud, el cual era insuficiente y provocaba que los prestadores de salud estuvieran en una constante desfinanciación.

En el grupo de países con derecho implícito y sistema de financiación mixto público-privado o de aseguramiento social, solo Taiwán considera, como evidencia Chen (2015), que el sistema de salud está orientado hacia la equidad. En los demás países se identifican amplias inequidades en salud, y un sector judicial no orientado a recomponer el balance social para alcanzar condiciones de salud más equitativas entre la población.

Discusión

En este capítulo clasificamos 16 países en aquellos con un derecho a la salud explícito, y aquellos con derecho a la salud implícito. Los países fueron subcategorizados en países de financiamiento público y países de financiamiento mixto público-privado y de aseguramiento social. En los países de derecho explícito, hubo una mezcla de países de bajos y medianos ingresos, con instituciones democráticas débiles; en varios de ellos el derecho a la salud fue parte de esa transición democrática (son los casos de Colombia y Sudáfrica). Estos países de derecho explícito tienen sistemas de seguridad social en salud donde se definen canastas de beneficios frecuentemente demandadas antes las Cortes. En algunos de esos países el derecho fue demandable individualmente y en otros de manera colectiva. En general, la litigación en estos países de derecho explícito estuvo dirigida a demandar a los aseguradores y proveedores más que al Estado.

Los países de derecho implícito o de facto, es decir Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda y Suecia, los cuales cuentan con sistemas de salud de financiamiento público mediante impuestos generales, fueron de altos ingresos, con democracias bien establecidas. En todos ellos hubo una falta de reconocimiento constitucional del derecho a la salud, puesto que el derecho no es reconocido como necesario dado que tienen sistemas modernos de bienestar social que consideran fuertemente la política en salud. En estos países, las cortes no fueron muy afines a fallar positivamente demandas por atención en salud puesto que el derecho no está reconocido. En los países de derecho implícito y sistemas de financiación mixto público-privado y de aseguramiento social, los países fueron de bajos y medianos ingresos, con democracias débiles o en transición, y fuerte participación del sector privado.

La visión de la atención en salud desde la perspectiva de los derechos humanos busca disminuir la brecha en condiciones de salud entre diferentes grupos de la población mediante la igualdad en el acceso. Las inequidades en acceso a la atención en salud son identificadas en todos los países, principalmente relativas a la disparidad entre población de altos

ingresos y de bajos ingresos. Los países de derecho implícito y sistemas de financiamiento público fueron los que presentaron problemas de inequidad de menor envergadura, en cuanto solo existen diferencias en aquellas tecnologías y servicios no cubiertos con recursos públicos del sistema de salud (generalmente odontología, salud visual y medicamentos). En los países de derecho implícito y financiamiento mixto público-privado fue donde se identificaron los problemas más graves de inequidad en la atención en salud entre ricos y pobres; en este grupo de países fue donde más frecuentemente se identificaron problemas de bancarrota familiar por gasto de bolsillo en salud. Las inequidades geográficas, relativas a la diferencia entre zonas rurales y urbanas, fueron más comunes en países de bajos y medianos ingresos; mientras que las que se presentan entre ciudades grandes y territorios apartados o pequeños fue más común en países de altos ingresos. Según Almeida (2013), las inequidades raciales fueron fuertemente identificadas en Brasil, Colombia, Estados Unidos y Sudáfrica; mientras que, como señalan Gross (2015) y Hoffman (2015), las de grupos minoritarios fueron fuertemente identificada en Estados Unidos e Israel.

La fuerza que los derechos sociales tomó el siglo XX, principalmente después de la Segunda Guerra Mundial, condujo a repensar los derechos humanos (incluido el derecho a la salud) como obligaciones positivas que tienen consecuencias redistributivas. Esto quiere decir que en la planeación de las políticas se debe considerar la redistribución de los recursos de tal manera que se garanticen materialmente los derechos. Esta aproximación es más cercana a sistemas de salud de financiación pública donde se planea la atención en salud de acuerdo con las necesidades y no a la habilidad de pagar, lo cual es un requisito para la equidad e igualdad en los sistemas de salud (Hurley, 2010).

Está implícito en esta aproximación que la salud es más un derecho que un bien, dada su gran importancia, pues es una condición para la participación de los ciudadanos en la sociedad la cual es fundamental para garantizar el bienestar, la seguridad y la felicidad de cada persona.

Las inequidades en salud, por lo tanto, se constituyen en inequidades que afectan el funcionamiento individual en la sociedad, y esto hace que la salud se diferencie de otros bienes o servicios. Desde la perspectiva económica, se reconocen cinco factores por los cuales el mercado falla en tratar la salud como cualquier otro bien comercial. Esos factores son: i) la incertidumbre sobre cuando una persona va a enfermar; ii) la externalidad, lo que implica que cuando una persona tiene acceso a salud no solo se beneficia la persona, sino que indirectamente se benefician otros individuos (por ejemplo con la vacunación); iii) que la demanda en atención en salud es una demanda derivada de la necesidad (normalmente una persona no busca ser operado de la apéndice, sino que un médico ordena una apendicectomía a alguien que la requiere); iv) la situación de vulnerabilidad que acompaña al hecho de estar enfermo o tener a un familiar enfermo; y v) a la asimetría de la información, puesto que normalmente las personas no saben qué atención en salud es la que requieren o que procedimiento es el más indicado para recuperar su salud. Estos factores, de carácter mayoritariamente económicos, sumados a los criterios de justicia social, conducen a tratar la atención en salud como un derecho para todas las personas y no como un bien solo para aquellos que pueden sufragarlo.

La dificultad de abordar la atención en salud desde la perspectiva del derecho individual es que podría desviar la atención de los cambios políticos y sociales realmente necesarios para resolver inequidades estructurales del sistema, o peor, ampliar la brecha entre grupos de población, puesto que esta aproximación, individualista por definición, puede enmascarar preguntas sobre una distribución más equitativa de los recursos. Para saber si el derecho a la salud está reduciendo la brecha de la inequidad o la está ampliando, es necesario preguntarse por la naturaleza de las reclamaciones individuales (quién y qué reclama), si las demandas son falladas positiva o negativamente, y si las decisiones judiciales están teniendo impacto a corto y largo plazo en la distribución de los recursos de la salud. Esto quiere decir que es menester preguntarse por aspectos

como: ¿las decisiones implican adiciones presupuestales para el sector de la salud o implican quitar los recursos de unas áreas para asignarlos a quienes ganan las demandas?, ¿hay sectores del sistema de salud que están quedando pobremente financiados por efecto de las demandas?, ¿cuáles sectores son? En el análisis que hemos realizado de los 16 países, identificamos que el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho individual puede resultar en un indebido énfasis en la medicalización en lugar de abordar temas determinantes de la salud como nutrición, educación, vivienda y comunidad, las cuales podrían tener un mayor efecto en la salud colectiva de la sociedad.

Conclusiones

Este análisis comparativo muestra diferencias estructurales en los sistemas de salud de países con reconocimiento implícito y explícito del derecho a la salud. Contrastar diferentes sistemas y aproximaciones al derecho a la salud servirá de insumo para contextualizar la situación actual del sistema de salud colombiano y establecer elementos comunes de comparación con otros países.

Tabla 1. Descripción de prestaciones, derecho y equidad en salud en cada país.

País	Definición de prestaciones	Cómo se tramitan fallas en prestaciones	Inequidades identificadas	Litigación derechos	Equidad del sistema de salud/ la litigación
Brasil	El SUS considera unos beneficios en atención primaria, secundaria, de urgencias y especializada	Demandas al estado por falta de acceso	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas ++ - Raciales + - Minorías ¿? 	Individual y colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo • Litigación no concluyente
Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Todo potencialmente incluido, pero solo exigible legalmente lo contenido en el plan AUGE • Plan mínimo para seguro privados 	Superintendencia de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas ++ - Geográficas ++ - Raciales ++ - Minorías ¿? 	No. Solo derecho civil	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
China	Cubrimiento público de ciertas enfermedades prioritarias; y un seguro privado para otras enfermedades	Reclamos contractuales contra aseguradoras privadas	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas +++ - Raciales? - Minorías? 	No. Derecho colectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
Sudáfrica	<ul style="list-style-type: none"> • No hay un plan de beneficios • Atención gratuita de grupos especiales • Plan mínimo para seguros privados 	<ul style="list-style-type: none"> • Defensor en salud • Oficina de conformidad con la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas +++ - Raciales +++ - Minorías? 	Colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo • Litigación equitativa

	País	Definición de prestaciones	Cómo se tramitan fallas en prestaciones	Inequidades identificadas	Litigación derechos	Equidad del sistema de salud/ la litigación
Aseguramiento social	Colombia	Pasó de tener un plan de beneficios a un sistema de todo incluido con un mecanismo que define exclusiones explícitas	<ul style="list-style-type: none"> - Superintendencia de salud - Interposición de acciones de tutela 	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas +++ - Raciales +++ - Minorías ¿? - Económicas ++ - Geográficas + - Raciales? - Minorías? 	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo • Litigación no concluyente
	Holanda	La definición final de lo que se cubre depende del prestador y el asegurador	Demandas al estado por falta de acceso	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas ++ - Geográficas + - Raciales? - Minorías? 	No. Solo derecho civil	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
Derecho Implícito	Hungría	Plan de beneficios definido por el parlamento	Oficina del defensor del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas ++ - Geográficas ¿? - Raciales ¿? - Minorías ¿? 	No. Derecho colectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
	Canadá	Planes de beneficios decididos entre las provincias, las asociaciones médicas y el ministro de salud de cada territorio	Asistencia a los derechos de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas + - Geográficas + - Raciales + - Minorías + - Económicas + - Geográficas + - Raciales + - Minorías + 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema equitativo
	Inglaterra	No hay un plan de beneficios. Hay una lista de exclusiones	Asistencia a los derechos de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas + - Geográficas + - Raciales + - Minorías + 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema equitativo

País	Definición de prestaciones	Cómo se tramitan fallas en prestaciones	Inequidades identificadas	Litigación derechos	Equidad del sistema de salud/ la litigación
Nueva Zelanda	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene un plan de beneficios - Desde 1990, una estrategia de razonamiento explícito que define los beneficiarios de algunos servicios 	Comisionado de Salud independiente del gobierno	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas + - Geográficas ++ - Raciales + - Minorías + 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema equitativo
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene un plan de beneficios - Se excluyen servicios no médicamente necesarios 	Defensor de igualdad	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas + - Geográficas ¿? - Raciales ¿? - Minorías ¿? 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema equitativo
Estados Unidos	Cada estado determina el rango y la extensión de los servicios específicos cubiertos.	No se identificó una figura	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas + - Raciales ++ - Minorías ++ 	No. Solo derecho civil	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
Nigeria	No hay plan de beneficios. Se incluye grandes categorías como cuidado curativo y pruebas diagnósticas	No se identificó una figura	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas ++ - Raciales ¿? - Minorías ¿? 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
India	La atención en instituciones del gobierno es gratuita. Pero la escasez de personal y suministros limita el acceso	Litigios de interés público (PL)	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas +++ - Geográficas +++ - Raciales ¿? - Minorías ¿? 	Colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo • Litigación equitativa

País	Definición de prestaciones	Cómo se tramitan fallas en prestaciones	Inequidades identificadas	Litigación derechos	Equidad del sistema de salud/ la litigación
Taiwán	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de beneficios • Exclusiones (cirugía cosmética, ortodoncia, medicamentos no hospitalarios, ensayos clínicos) 	No se identificó una figura	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas ++ - Geográficas + - Raciales + - Minorías? 	No	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo
Israel	<ul style="list-style-type: none"> • La lista de beneficios en salud está definida en la ley • Plan desactualizado desde 1998 	Ley de derechos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Económicas ++ - Geográficas? - Raciales? - Minorías +++ 	No. Solo derecho civil	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema inequitativo

Tabla 2. Características de la financiación, gasto en salud, e indicadores de desigualdad de cada país

	Pais	Población ^a	Ingreso nacional bruto ^a (SUS)	Gasto total en salud per capita ^b (SUS)	Gasto público en salud ^b (% del gasto público)	Gasto total en salud ^b (% PIB)	Gasto público en salud ^b (% PIB)	Gasto público en salud ^b (% del gasto total)	Gasto privado en salud ^b (% gasto total en salud)	Gasto público en salud per capita ^b (SUS)	Gasto privado en salud per capita ^b (SUS)	Gasto de bolsillo ^b (% del gasto total en salud)	Coefficiente Gini ^c	Camas por cada 1000 habitantes ^c	Porcentaje de población en aseguramiento privado ^d	Tipo aseguramiento privado	
Derecho explícito	Brasil	209,288,278	8,610	1,015.9	9.9	11.8	3.9	33.2	66.7	337.5	677.5	43.6	53.3	2.3	25	S	
	Chile	18,054,726	13,610	1,190.5	19.7	8.5	5	56.5	41.5	696.1	494.4	34.8	46.6	2.2	19	P	
	China	1,386,395,000	8,690	398.3	9.1	5.0	2.9	58	42	231.1	167.2	35.9	38.6	4.2	0.5	C	
	Sudáfrica	56,717,156	5,430	428.2	13.3	8.1	4.4	53.7	44.3	230.1	189.6	7.8	63		16	P	
	Promedio	417,613,790	9,085	758	13	8	4	51	49	374	382	31	50	3			
	Colombia	49,065,615	5,890	340.4	13.4	5.9	3.7	62.3	35.7	215.9	123.7	20.2	49.7	1.5	2	S	
	Holanda	17,131,296	46,910	4,742	19.3	10.4	8.4	81	19	3,839.9	902.1	14.7	28.2		84	C	
	Hungría	9,787,966	12,920	942.6	10.4	7.4	4.9	65.9	34.1	620.8	321.8	29.7	30.4	7	30	S	
	Promedio	25,328,292	21,907	2,008	14	8	6	70	30	1,559	449	22	36	4			
	Promedio																
Derecho implícito	Canadá	36,708,083	42,790	4,458.2	19	10.5	7.7	73.4	26.6	3,274.3	1,183.9	14.6	34	2.7	67	C	
	Inglaterra	66,023,290	40,600	3,958	18.9	9.8	7.8	80.2	19.8	3,175.3	782.3	15.1	33.2	2.8	11	S	
	Nueva Zelanda	4,793,900	38,780	3,745.2	22.5	9.2	7.3	78.7	21.3	2,945.8	799.5	13.6	33.3		29	S	
	Suecia	10,057,698	52,270	5,710.6	18.5	10.9	9.1	83.5	16.5	4,768.7	941.9	15.2	29.2	2.6	0.8	S	
	Promedio	29,395,743	43,610	4,468	20	10	8	79	21	3,541	927	15	32	3			
	Estados Unidos	325,147,121	59,160	9,867.9	39.5	17.1	14	81.8	18.2	8,077.9	1,791.8	11.1	41.5	2.9	63	P	
	India	1,339,180,127	1,790	62.7	3.1	3.7	0.9	25.4	74.5	15.9	46.1	64.6	35.7		5.4	P	
	Israel	8,713,300	37,440	2,837.1	11.6	7.3	4.6	63.5	36.5	1,773.2	1,020.5	23	38.9	3.1	83	C	
	Nigeria	190,886,311	2,100	79.3	5	3.6	0.5	13	86.7	10.3	60.8	75.2	43		4	P	
	Promedio	465,981,715	25,123	3,212	15	8	5	46	51	2,469	730	43	40	3			
Promedio																	
PROMEDIO GENERAL																	

Información Banco Mundial 2017; b) Información Banco Mundial 2016; c) Información Banco Mundial 2012; d) Información OECD 2015.

P=Primario, C=Complementario, S=Suplementario

Bibliografía

- Almeida, G. & Mori, F. (2013) "Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries". En *Revista Panamericana de Salud Pública*. 33(2). (pp. 83–9). OPS.
- Bismark, M., Brennan, T, Paterson, R. & Davis, P.B. (2006) "Studdert DM. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events". En *Qual Saf Heal Care*, 15(1) (pp.17–22). Boston: Harvard University.
- Boyko, J., Lavis, J., Dobbins, M. & Souza, N. (2011) "Reliability of a Tool for Measuring Theory of Planned Behaviour Constructs for Use in Evaluating Research Use in Policymaking." En *Health Research Policy & Systems*, 9(1). Reino Unido: BioMed Central.
- Brandon, Y. (2015) "Lending a Helping Hand: The Impact of Constitutional Interpretation on Taiwan's National Health Insurance Program, Health Equity, and Distributive Justice." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 263-260). New York: Cambridge University Press.
- Chen, Y.Y.B. (2015) "Lending a Helping Hand: The Impact of Constitutional Interpretation on Taiwan's National Health Insurance Program, Health Equity, and Distributive Justice". En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 236–262). New York: Cambridge University Press.
- Choi, W.; Shi, H.; Bian, Y. & Hu, H. (2018) "Development of Commercial Health Insurance in China". En *Systematic Literature Review*. Biomed Res Int. 2018 Jun 28. (pp. 1–18).
- Exter, A. (2015). "Health Care Access in the Netherlands: A True Story." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp.188–207). New York: Cambridge University Press.
- Flood, C. & Gross, A. (2014) "Litigating the right to health: what can we learn from a comparative law and health care systems approach". En *National Institutes of Health*. 16(2). (pp. 62–72). Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios sociales.
- Flood, C.M. (2015) "Litigating Health Rights in Canada: A White Knight for Equity?" En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 79–106). New York: Cambridge University Press.
- Földes, M. (2015) "Addressing Equity in Health Care at the Public-Private Intersection: The Role of Health Rights Enforcement in Hungary." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 208–35). New York: Cambridge University Press,
- Gagliardi, A., Brouwers, M., Palda, V., Lemieux-Charles, L & Grimshaw, J. (2011) "How Can We Improve Guideline Use? A Conceptual Framework of Implementability." En *Implementation Science*, 6(1). Reino Unido: BioMed Central.
- Gross, A. (2015) "The Right to Health in Israel between Solidarity and Neoliberalism." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp.159–87). New York: Cambridge University Press.

- Grover, A., Maitreyi, M. & Lubhyathi R. (2015) "Right to Health: Addressing Inequities through Litigation in India." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp.423–50). New York: Cambridge University Press.
- Ho, C. (2015) "Health Rights at the Juncture between State and Market: The People's Republic of China." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 263–287) New York: Cambridge University Press.
- Hoffman, A. (2015) "A Vision of an Emerging Right to Health Care in the United States: Expanding Health Care Equity through Legislative Reform." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp.345–70). New York: Cambridge University Press.
- Lamprea, E. (2015) "Colombia's Right-to-Health Litigation in a Context of Health Care Reform." En *The Right to Health at the Public/Private Divide: A Global Comparative Study*. (pp. 131–159). Toronto: Cambridge University Press,
- Lind, A. (2015). "The Right to Health in Sweden." En *The Right to Health at the Public/Private*. (pp 51–78). New York: Cambridge University Press.
- Manning, J. (2015). "Litigating a Right to Health Care in New Zealand." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 19–50). New York: Cambridge University Press.
- Newdick, C. (2015) "Promoting Access and Equity in Health: Assessing the National Health Service in England." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 107–130). New York: Cambridge University Press.
- Nwabueze, R. (2015). "The Legal Protection and Enforcement of Health Rights in Nigeria." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp. 371–393). New York: Cambridge University Press,
- Prado, M. (2015) "Provision of Health Care Services and the Right to Health in Brazil: The Long, Winding, and Uncertain Road to Equality." En *The Right to Health at the Public/Private Divide*. (pp.319–44). New York: Cambridge University Press.
- Romero, M., Romero, S., Sánchez, J., Santamaría, Y., Medoza, T. & Bolívar, F. (2008) "Secuelas Estructurales y Funcionales de Tuberculosis Pulmonar: Una Revisión de Tema." En *Revista Americana de Medicina Respiratoria* 16(2). (pp. 163–69). Argentina: Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.
- Vasquez, F, Paraje, G. & Estay, M. (2013) "Income-Related Inequality in Health and Health Care Utilization in Chile." En *Revista Panamericana de Salud Pública*, (33). (pp. 98–106). OPS

LOS VALORES DEL ACTIVISMO JUDICIAL Y SU IMPACTO EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN COLOMBIA: ESTUDIO DE CASO

Claudia Marcela Vélez

Introducción

En la actualidad, se reconoce que los valores juegan un rol muy importante en los procesos de toma de decisiones políticas en los sistemas de salud. Los valores pueden servir para guiar el desarrollo de las políticas (Hoffman *et al*; Veillard *et al* y World Health Organization) o para informar las opciones que permitan alcanzar metas particulares del sistema. En el mundo, como señalan Kenny y Giacomini (2005), la toma de decisiones acerca de financiación de los sistemas de salud se ve determinada por valores como calidad, eficiencia, equidad, sostenibilidad y universalidad. A pesar de su importancia, es poco claro el mecanismo utilizado para incorporar los valores a la toma de decisiones políticas, entre otros, debido al amplio espectro de valores priorizados por diferentes actores del sistema, y las diferentes connotaciones y usos que dichos actores dan a esos valores priorizados (Giacomini, Hurley, Gold, Smith & Abelson, 2001).

El caso colombiano provee un contexto interesante y único para el estudio de los valores en la toma de decisiones políticas en salud. La implementación de reformas promovidas por el Banco Mundial en los años 90 introdujo, como bien dicen Hernández & Torres (2010) y Ugalde & Homedes (2005), no solo a los administradores privados con ánimo de lucro del aseguramiento público, sino también los valores neoliberales de la época, por ejemplo, como señalan Vargas & Méndez (2014), al igual que Vargas, Rodríguez, Téllez, y Salazar (2012), la competitividad, la eficiencia, y el mercado. Después de un periodo de adecuación al sistema de salud introducido con la Ley 100, el país ha enfrentado nuevos desafíos producto de la implementación del modelo de competencia regulada en salud y de la reconfiguración del Estado colombiano como Estado Social de Derecho.

En este contexto han surgido diversos y contrapuestos valores priorizados por diferentes actores, situación que provee una oportunidad para estudiar: i) cuáles valores declarados y no declarados son importantes en los procesos de toma de decisiones sobre financiación del sistema de salud y ii) por qué esos valores son incorporados en las decisiones de financiación.

Métodos

Los hallazgos presentados en este capítulo provienen de dos estudios que parten de una aproximación multicaso, con dos países como casos, como son Chile y Colombia. A su vez, se tienen en cuenta dos decisiones sobre financiación de los sistemas de salud en cada país: en Chile, el plan AUGE y la Ley Ricarte Soto, y en Colombia, la declaración de la salud como derecho fundamental y la definición del mecanismo de exclusiones propuesto por el Ministerio de Salud. El primer estudio fue un análisis de discurso –documentos y publicaciones en medios de comunicación–, el segundo, un análisis de entrevistas a informantes clave. Para iniciar se describirá brevemente la metodología que se llevó a cabo para recolectar y analizar la información sobre el caso colombiano.

Definición de las decisiones

Para los estudios se tuvieron en cuenta dos decisiones: una de naturaleza estructural y otra de tipo más operativo. La decisión considerada como estructural fue la declaración de la salud como derecho fundamental, lo que implicó el cambio en la noción de salud como servicio público; esta decisión tiene dos momentos de análisis: la orden T-760 y la Ley Estatutaria. Para la decisión de carácter operativo, se seleccionó el desarrollo e implementación del mecanismo de exclusiones propuesto por el Ministerio de Salud.

Fuentes de evidencia documental y muestreo

Se efectuó una estrategia de búsqueda de cuatro pasos para identificar documentos que hicieran referencia a las dos decisiones seleccionadas (artículos de periódicos, literatura publicada, documentos políticos y otros tipos de literatura gris). Los recursos consultados fueron: i) Lexis-Nexis Academic (una base de datos online para identificar cubrimiento mediático); ii) búsqueda específica en tres medios colombianos (*El Espectador*, *El Tiempo*, *Semana*); iii) búsqueda de literatura publicada usando MEDLINE; iv) búsqueda de literatura gris (documentos políticos, comunicados de prensa, audiencias del Congreso o de la Corte Constitucional, documentos relevantes producidos por actores del sistema).

Todos los documentos y el cubrimiento mediático, identificados por la estrategia de búsqueda, fueron evaluados para determinar su relevancia potencial y definir su inclusión en el análisis. Como criterio general se incluyeron todas las leyes, normas y audiencias públicas relativas a las dos decisiones estudiadas, y se hizo un muestreo a propósito del cubrimiento mediático, esto con el objetivo de incluir los artículos de mayor contribución al entendimiento de los valores en las decisiones.

Selección de participantes para las entrevistas

La selección de participantes a ser entrevistados consideró tres criterios. Primero, el balance en las perspectivas de personas involucradas en los

procesos de toma de decisiones o actores interesados en esas decisiones. Segundo, puesto que Colombia tiene un régimen presidencial con separación de poderes, se consideró la participación de personas de las tres ramas de poder (ejecutivo, legislativo y judicial). Tercero, consideró el balance de perspectivas entre actores locales (de Antioquia) y nacionales. Con estos criterios de participación se procedió a crear categorías tipológicas de roles o posiciones de actores que podrían estar involucrados en las decisiones. Estos roles incluyeron: i) tomadores de decisiones (provenientes del Ministerio de Salud, del IETS, autoridades y gobiernos locales, congresistas, jueces y magistrados de la Corte Constitucional), ii) actores interesados (autoridades académicas, representantes de asociaciones de profesionales de la salud, administradores de hospitales y EPS, coaliciones de sociedad civil y organizaciones, representantes de organizaciones de pacientes).

Usando el anterior esquema de categorización se identificaron posibles informantes clave, y se invitó a participar en el estudio a una muestra intencional de actores que garantizaran, por un lado, la máxima variación en percepciones considerando su posición en el sistema (tomadores de decisiones o actores interesados), y por el otro, que proveyeran una rica visión de lo que sucede en el sistema de salud (por ejemplo, aquellos que participan o han participado con diferentes roles en el Gobierno, o como actores sociales). Se planeó entrevistar de 12 a 24 participantes para asegurar un amplio rango de perspectivas.

En cuanto al trabajo de campo, se utilizó una estrategia de entrevista semiestructurada que contaba con una guía de entrevista, la cual consideraba preguntas sobre el proceso general de toma de decisiones políticas en salud en el país y sobre las dos decisiones en estudio. Relacionado a aspectos éticos y procedimentales, se debe señalar que cada participante revisó y firmó un consentimiento informado; a la vez que las grabaciones de las entrevistas y los transcritos de las entrevistas fueron almacenadas en medio electrónico y bajo clave.

Análisis de datos

La información recolectada de los documentos y cobertura mediática y de las entrevistas fue analizada separadamente, pero utilizando los mismos modelos teóricos y categorías. La información fue codificada usando tres marcos conceptuales: i) Kingdon (2011), que aborda el establecimiento de la agenda de decisión; con esto se consideran los problemas, las opciones y los actores políticos como factores clave para explicar porque algunos asuntos llegan a estar en la agenda política y de decisión de un gobierno particular. ii) El marco 3I+E, que hace referencia a variables relativas a las instituciones, las ideas, los intereses y los factores externos que influyen en el desarrollo de cada política y su implementación). iii) El marco conceptual de valores en la toma de decisiones, con lo que se organizan los valores en cuatro categorías, a saber, valores relacionados a las metas, valores técnicos, valores de la gobernanza y, por último, los valores situacionales.

La información fue codificada y mapeada conceptual y cronológicamente de acuerdo con las variables que componen los marcos conceptuales, así como a partir de categorías que emergieron durante el análisis. Al final, toda la información fue usada para proponer una narrativa de análisis temático de las políticas, los discursos y las percepciones de los entrevistados. Debe decirse que esta investigación recibió la aprobación de dos comités de ética: 1) el Hamilton Integrated Research Ethics Board en Canadá (protocolo #2388) y 2) el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en Colombia (protocolo F-017-00).

Resultados

Se revisaron 227 documentos (artículos en medios de comunicación, artículos publicados en revistas científicas, leyes y normas, posiciones oficiales de grupos, asociaciones y actores interesados; también transcritos de conferencias y audiencias públicas, informes de gobierno y documentos

de agencias internacionales). Del total de artículos identificados se incluyeron 73 en el análisis, 62 referentes a la decisión de reconocer la salud como derecho fundamental y 11 relativos a la definición del mecanismo de exclusiones.

Se entrevistaron 19 informantes clave, pertenecientes a 5 categorías de participantes: i) tomadores de decisiones (n=7), ii) administradores (n=3), iii) profesionales de la salud (n=11), iv) investigadores (n=6), y v) miembros de coaliciones u otros grupos de actores interesados (n=7). El 37% de los entrevistados fueron tomadores de decisiones, de los cuales 4 pertenecían a la rama ejecutiva, 2 a la legislativa y 1 a la judicial. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 54 minutos, con un rango de 33-108 minutos.

Tabla 1: Resumen de participantes por rol

Tipo de participante	Todos	Involucrados en decisión 1	Involucrados en decisión 2
Todos los participantes	19	18	15
Tomadores de decisiones	7	7	7
Rama ejecutiva	4	4	4
Rama legislativa	2	2	2
Rama judicial	1	1	1
Administradores	3	3	3
Profesionales de la salud	11	11	8
Miembro de coalición, actores interesados	7	7	4
Investigadores	6	6	6

Los hallazgos de esta investigación son presentados en cuatro secciones: A) los factores que afectan la agenda política en Colombia, B) factores que afectan las decisiones políticas y su implementación, C) los principales hitos y valores relacionados a la declaración de la salud como derecho fundamental y D) los principales hitos y valores relacionados a la definición del mecanismo de exclusión de tecnologías y servicios no cubiertos con recursos públicos del sistema de salud.

a. La agenda política

Aspectos clave:

- La agenda en temas de financiación del sistema de salud colombiano la determina la Corte Constitucional.
- La agenda está influida por valores en tensión, sostenibilidad vs. derecho a la salud.

En Colombia, los actores políticos son los principales catalizadores de la agenda de decisión. El poder en Colombia está fuertemente concentrado en el Presidente de la República, quien mantiene la autoridad sobre las ramas ejecutiva y legislativa; pero influye más débilmente sobre la judicial. Los temas cardinales en materia de financiación del sistema de salud están fundamentalmente definidos por las propuestas programáticas e iniciativas legislativas del Presidente, las cuales pueden estar influidas por grupos de interés (no revelado públicamente).

Yo soy parlamentario de esta sociedad y no de otra, pero yo creo que, a los textos jurídicos, las leyes, entre más paso en el Congreso, menos importancia y valor le doy. ¿Pero cómo un parlamentario va a decir que no son importantes las leyes, si es el consenso de la sociedad expresada en la votación de sus parlamentarios? Pero no es así, ese estamento es extremadamente débil, aquí se hace lo que el Presidente de la República diga, eso es lo que se hace aquí. Y a lo que diga la Corte le dan vueltas como sea, porque el problema es político, y por como esta gente ha manejado y maneja el país desde tiempos inmemoriales, no hay ninguna otra cosa que valga. (I10)¹²

Los temas de salud compiten con otros temas en otras carteras del gobierno, y el Presidente define aquellos a los que les dará prioridad. Por ejemplo, en el último periodo de gobierno del presidente Juan Manuel Santos hubo una apuesta importante al tema de la negociación de la paz, y los temas de salud fueron desplazados de la agenda de decisión. En las decisiones de índole más estructural, fue difícil identificar la influencia que

12 Por acuerdo de confidencialidad con los entrevistados se maneja la convención "I: Interviewed" (entrevistado).

los factores relativos a los problemas y a las opciones políticas tienen sobre el proceso de establecimiento de la agenda. A pesar de que problemas de financiación del sistema de salud sean importantes, y que se hayan demostrado por cambios en indicadores o retroalimentación de programas existentes, estos hechos no parecen cambiar el curso de acción que el Presidente de la República se ha trazado. En el caso de los factores relativos a las iniciativas políticas, no se identificó ningún escenario público donde el Presidente considere diferentes opciones para resolver los problemas de salud estructurales; es posible que esto se haga a nivel de despacho de manera privada. Aunque también es posible que la concentración del poder considere diferentes opciones políticas para abordar los problemas estructurales del sistema de salud.

Los valores identificados en el proceso de establecimiento de la agenda política de decisiones de corte operativo –donde el principal tomador de decisiones es el Ministerio– tuvieron aspectos de acuerdo y desacuerdo entre tomadores de decisiones y actores interesados. Los tomadores de decisiones manifestaron que la definición de políticas estaba influida por valores como la sostenibilidad financiera, la efectividad, la evidencia científica y la universalidad. Mientras que los actores interesados percibieron que los valores que informan la definición de políticas están más relacionados a temas de contención de gastos, rentabilidad de los diferentes actores privados y sostenibilidad financiera. Lo que hace que el tema común entre las diferentes personas entrevistadas sea el valor de la sostenibilidad financiera como centro y foco de las opciones políticas consideradas en el sistema de salud colombiano. Los actores interesados resaltaron que el alto número de valores rectores del sistema de salud colombiano (actualmente 27) y la falta de participación ciudadana son factores que hacen que los tomadores de decisiones definan cualquier política y, posteriormente, vinculen uno o varios de dichos valores rectores.

Uno ve que Chile tiene unos [valores] muy concretos, muy bien definidos, pero que en Colombia uno no lo ve así; uno ve el afán de incluir principios [...] y que a la hora de la verdad no son prácticos para el tema de Colombia. Uno cuando se

pone a mirar se puede pegar de cualquier cosa, porque está el principio, lo que quiera puede hacerlo porque está el principio; son tantos, que cualquier cosa le puede servir. [...] Creo que es el gran error que tiene Colombia. Fácil, usted primero hace y luego mira dónde lo encaja; es igual cuando le establecen 80 metas: usted a lo que le apunte le da, puede hacer lo que quiera porque le va a apuntar a cualquier meta. Lo que usted monte puede servir. (128)

La preponderancia del valor de la sostenibilidad en la toma de decisiones sobre financiación en el sistema de salud colombiano nos hace considerar el último aspecto de esta sección: el rol de la rama judicial como tomador de decisiones en temas de salud, un fenómeno *sui generis* al sistema de salud colombiano. Los factores que posibilitaron esta situación son, por un lado, lo previamente explicado sobre la concentración de la autoridad de las ramas ejecutiva y legislativa en cabeza del presidente, pero la débil influencia sobre la rama judicial. En segundo lugar, está el Estado Social de Derecho como sistema político en Colombia, ya que eso permite que la salud sea considerada un derecho fundamental que debe ser garantizado y protegido por la Carta Magna y, por ende, le da cabida al sector judicial como regulador de las decisiones tomadas por las ramas ejecutivas y legislativa, enfocado en que se cumpla con los criterios de garantía del derecho a la salud que la Constitución consagra. Tercero, la falta de instancias a las que pueden acudir los colombianos para resolver problemas relativos a la calidad, accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención en salud. Este punto se da debido a que, en la agenda presidencial de resolución de problemas estructurales del país, la salud no ha sido prioridad; y porque las decisiones operativas delegadas al Ministerio de Salud y otras instituciones de la rama ejecutiva no tienen el poder de resolver dichos problemas estructurales.

Es así como Colombia, con el establecimiento de la tutela como mecanismo de protección de derechos fundamentales, abrió paulatinamente la puerta a que los ciudadanos reclamen mediante este mecanismo la garantía material del derecho a la salud. Esto se ha traducido en miles de tutelas anuales exigiendo que los servicios, tecnologías y procedimientos contenidos

en los planes de beneficio se entreguen oportunamente tal como la ley lo define, y que nuevas tecnologías (medicamentos, biológicos, dispositivos), e insumos y atenciones suplementarias (pañales, equino terapia, pago a familiares cuidadores) sean cubiertas con recursos del sistema de salud.

Tres factores motivaron al sector judicial a tener un rol activo en la toma de decisiones sobre financiación del sistema de salud. Primero, el número creciente de tutelas exigiendo servicios contenidos en el plan de beneficios en salud –falladas en su gran mayoría positivamente–, que convirtió a los jueces en una instancia rápida y asequible de decisión de los beneficios que tiene un ciudadano en materia de salud. Vale aclarar que una tutela debe fallarse en menos de 48 horas y se presenta ante cualquier juez en el país. Segundo, la falta de cumplimiento de unas reglas transicionales del sistema de salud que establecían la actualización y equiparación de los planes de beneficios entre trabajadores cotizantes y población no trabajadora subsidiada para el año 2000, que sumado al primer factor condujo a que la Corte Constitucional colombiana considerara lo que sucedía en salud como un estado de cosas inconstitucionales. Y tercero, la búsqueda de la Corte Constitucional por recomponer los valores sociales con los que se toman decisiones en salud, lo cual conllevó a poner en el centro el derecho fundamental a la salud, relegando la sostenibilidad a un tema de garantizar que el sistema de salud funcione para que el derecho pueda ser cumplido cabalmente.

Es así como la salud entra en la agenda de decisión del Gobierno colombiano, no por la vía del ejecutivo o del legislativo, sino por la vía del judicial, que le señala al gobierno su deber de cumplir con la ley y con la Constitución. Con esto se ha hecho un llamado a resolver los problemas de financiación del sistema de salud de tal manera que se garantice el derecho y se consideren los valores de universalidad, equidad, solidaridad y calidad.

Generalmente se pensó a la Corte como un legislador relativo, o sea, un legislador relativo en la medida que la Corte decía que no debía estar en la legislación, o sea, quitaba [cosas] de la legislación, ¿Y cómo quitaba?

Diciendo “esto es inconstitucional, no va”, o sea, empezaba a quitar. La Corte luego empezó a ampliar sus funciones, diciendo no solo qué se va a quitar, sino qué se debe poner; y eso lo hizo a partir de una cosa que se llama modulación de las sentencias o modulación del efecto de la sentencia. Entonces te dicen, por ejemplo, es inconstitucional que no se le dé el medicamento a esta persona, [así que] tienen que dárselo, da la orden de dárselo. O sea, no solo hacemos cumplir la constitución quitando cosas, porque a veces se incumple la Constitución es porque no se están haciendo cosas, y entonces hay que ordenar que se hagan. Entonces ese fue el argumento para volverse un legislador positivo, o sea, que propone políticas públicas y lo hace no solamente en salud, lo hace en muchos derechos. (I16)

b. Desarrollo e implementación de políticas en salud

Aspectos clave:

- Instituciones poco flexibles pero permeables a influencias de grupos de interés.
- Desconfianza y percepción de corrupción entre todos los actores del sistema.
- Incipientes esfuerzos por considerar seriamente la participación social.

Además de los aspectos considerados en la sección de establecimiento de la agenda sobre concentración del poder en cabeza del Presidente, la institucionalidad colombiana en materia de salud viene a ser una estructura rígida. Los legados políticos, derivados de la implementación del modelo de pluralismo estructurado y materializados en la Ley 100, se han mantenido; además, gobierno tras gobierno han reforzado e insistido en mantener el modelo de seguro social en salud administrado por aseguradores privados. Las políticas desarrolladas e implementadas por los gobiernos han buscado resolver las fallas de mercado que se generan en el sistema de salud, pero no ha considerado otras opciones políticas por fuera del modelo de salud establecido que puedan resolver problemas actuales.

Los tomadores de decisiones entrevistados expresaron una confianza en los supuestos teóricos del modelo de sistema de salud colombiano,

y una desconfianza por otras propuestas de financiación pública, que puedan hacer al sector de la salud más permeable a la corrupción y más expuesto a los riesgos de bancarrota del sistema; además, porque esas otras propuestas podrían perder los logros que se han conseguido en términos de protección financiera y universalidad. Los actores interesados también temen que modelos de financiamiento totalmente público puedan tornar al sistema en una presa fácil de la rapacidad de la corrupción, pero evalúan los logros en salud del modelo actual no tan sobresalientes como los presenta el Gobierno. Pero también evalúan que la presencia de los aseguradores y los proveedores privados le imprimen al modelo un carácter corrupto *per se*, esto se da al buscar ellos una rentabilidad con los recursos públicos de la salud, en un Estado Social de Derecho donde la salud es vista como un derecho fundamental, donde las necesidades son inmensas y la inequidad es un problema estructural del estado.

Varios de los actores entrevistados consideran que los aseguradores privados son el grupo de interés más influyente en la toma de decisiones en materia de financiación del sistema de salud, seguidos por el complejo médico industrial. Sin embargo, los tomadores de decisiones manifestaron que la economía política del país es compleja y que diversos grupos de interés buscan influir a través del lobby u otras presiones las decisiones en materia de financiación en salud. En ese mismo sentido, también se puede identificar que el objetivo más comúnmente perseguido por los diferentes actores es la ganancia o el lucro económico. Llamativamente, el aspecto común a todos los entrevistados, fue la manifestación de desconfianza hacia los diferentes actores del sistema. Los actores interesados consideran que los tomadores de decisión reciben sobornos o que están vinculados a grupos de interés poderosos, dentro o fuera del país, y que esto motiva a que tomen decisiones en un sentido particular. Los entrevistados perciben que los proveedores, los aseguradores, la industria farmacéutica, los profesionales y, también, los pacientes incurrir en conductas inapropiadas para sacar provecho del sistema. Por ejemplo, las tarifas excesivas en la facturación, reclamación de recobros por servicios que deberían ser cubiertos

por los aseguradores, incentivos a médicos y pacientes para que reclamen por tutela medicamentos de altísimo costo, profesionales de la salud que solicitan servicios costosos o inducen la demanda para beneficiarse de los mecanismos de financiación, o que los pacientes venden en el mercado negro medicamentos e insumos que obtienen del sistema de salud. Incluso algunos de los entrevistados mencionan que médicos y jueces se ponen de acuerdo para solicitar medicamentos de alto costo, fallarlos positivamente en la tutela, y así acceder a incentivos económicos de la industria farmacéutica. Esta desconfianza bien puede estar fundamentada en casos reales de corrupción que son denunciados públicamente, sin embargo, ello no implica que la totalidad de los actores tengan estos comportamientos, incluso puede ser producto de la imaginación de los diferentes actores que llegan a estas conclusiones porque no tienen ni el conocimiento ni el acceso a la toma de decisiones en salud.

Esta desconfianza entre actores del sistema de salud se ve alimentada por la escasa participación social en los procesos de desarrollo e implementación de políticas en materia de financiación del sistema de salud. El legado político de poder concentrado en el Presidente previene que el Gobierno tenga reales espacios de discusión y consideración de políticas que resuelvan los problemas del país. A partir de los años 90 se ha fomentado la participación social, pero el Gobierno ha propuesto unos mecanismos de participación que son solamente de socialización, donde se dan a conocer las decisiones que ya se han tomado. Esto ha creado una conciencia social entre los actores interesados, incluso entre los congresistas, de que cuando el ejecutivo los llama a participar o deliberar, realmente los llama a legitimar o avalar; y que cualquier posición contradictoria no es tenida en cuenta.

Los tomadores de decisión entrevistados insistieron en que la participación social es un valor importante en la actualidad, pues se han analizado y evaluado experiencias de participación exitosas dentro y fuera del país, las cuales pueden llegar a implementarse. Sin embargo, estas estrategias son incipientes, y gozan de la resistencia de los pacientes, los profesionales de

la salud y de las organizaciones sociales porque son percibidas como más de lo que se ha dado en el pasado, y temen que participar implique avalar políticas con las que están en desacuerdo o que no les beneficie. Esta desconfianza entre actores del sistema de salud viene a disiparse cuando llega a las puertas de la Corte Constitucional, institución que es considerada como libre de las presiones de los grupos de interés, pero que escucha a las diferentes partes y toma decisiones balanceando las diferentes perspectivas y el beneficio colectivo de la sociedad. Todas las personas entrevistadas consideraron que la Corte Constitucional delibera de tal manera que considera la participación social, escucha a los ciudadanos y al Gobierno, y toma decisiones entendiendo criterios técnicos e ideológicos.

c. Primera decisión: declaración de la salud como derecho fundamental

Aspectos clave:

- El incremento en las acciones de tutela fue el problema que puso el tema en la agenda.
- Dos conjuntos de iniciativas buscaron abordar el problema, en uno prevalecía la sostenibilidad financiera y en el otro la dignidad humana.
- Es necesario definir límites a los beneficios que pueden reclamar los ciudadanos con cargo a los recursos públicos del sistema.

Como se explicó en la sección previa, el modelo político colombiano, y su definición como Estado Social de Derecho, da un rol preponderante al sector judicial –especialmente a los jueces y a la Corte Constitucional– para actuar como reguladores o parte activa del proceso de toma de decisión. Ahora, para continuar con el análisis y exposición de los resultados de investigación, debe decirse que en la Constitución política colombiana existe una contradicción entre la consideración de la salud como derecho fundamental o como servicio público. La tutela, creada como un mecanismo para reclamar el cumplimiento de derechos fundamentales, abrió las puertas para que los ciudadanos reclamaran la protección individual de su salud cuando percibían que su enfermedad y las fallas de acceso

a la atención en salud ponían en riesgo sus vidas. La protección de la salud no podía reclamarse directamente, porque no era claro que fuera un derecho fundamental, pero podía vincularse al derecho fundamental a la vida, y de esta manera tener un sustento legal con el cual los jueces podían fallar este tipo de acciones.

Las acciones de tutela comenzaron rápidamente a convertirse en el mecanismo más usado para tener acceso real y oportuno a tecnologías o procedimientos contenidos en los planes de beneficios pero no entregados a los ciudadanos –un problema de falta de regulación de los aseguradores–; o contenidos en el plan de beneficios del régimen contributivo pero no del subsidiado –un problema de inequidad–; o bien, no incluidos en los planes de beneficios pero solicitados por los médicos tratantes – un problema de falta de actualización de los planes–.

Teniendo en cuenta los estudios de Londoño & Frenk (1997), entre 1999 y 2008 el número de tutelas reclamando el derecho a la salud en conexidad con la vida incrementó en un 300%. Algunas de esas tutelas reclamaban servicios excluidos de los planes de beneficio de cada régimen. Sin embargo, otros tantos reclamaban tecnologías y servicios incluidos en el plan de beneficios pero que las EPS negaban ilegalmente. Por ejemplo, entre 2006 y 2008, el 75% de las cirugías, el 63% de las pruebas diagnósticas, el 67% de los medicamentos y el 78% de los procedimientos demandados mediante las tutelas, como señalan Yamin & Parra (2010), eran parte de los planes de beneficios de los demandantes. Adicionalmente, las EPS promovieron la aparición de las llamadas “zonas grises”, un tipo de incertidumbre sobre la inclusión o exclusión de algunos servicios y tecnologías en los planes de beneficios. Un ejemplo, es lo que sucedía con la resonancia magnética nuclear, la cual estaba incluida en el plan de beneficios del régimen contributivo; sin embargo, las EPS negaban el servicio argumentando que el medio de contraste necesario en esta prueba diagnóstica estaba excluido del plan de beneficios.

Los fallos positivos a las reclamaciones, que eran alrededor del 80%, significaron órdenes de obligatorio cumplimiento para las aseguradoras,

los gobiernos locales y los prestadores de servicios; y el costo económico de esas prestaciones era cargado en su totalidad o en una proporción significativa al FOSYGA –y no a la prima del asegurador privado–. Todo este antecedente dio origen a un problema de descomunales proporciones, ya que dio como resultado, por un lado, a miles de tutelas reclamando atenciones en salud y atiborrando las salas de los juzgados; y, por el otro, un Estado costeando millonarias cuentas por atenciones que en su gran mayoría ya habían sido pagadas a los administradores del aseguramiento vía unidades de pago por capitación.

El problema llegó a la agenda de dos maneras: primero, porque puso en riesgo la estabilidad y sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano y, segundo, porque desbordó la capacidad resolutoria del sector judicial, dejando al descubierto fallas en la protección del derecho a la salud en Colombia.

Entonces, como los jueces piensan en abstracto, por eso sus críticas son a las reglas, no hablan de los médicos, del Ministerio, del Ejecutivo, del Congreso. Pero cuando la Corte se dio cuenta de que había muchísimos casos concretos en donde se desconocía el principio que la corte creía que era el primero, entonces decía “todo esto está malo, ya no es esto concreto, ya es todo el sistema el que está mal”. Se dieron cuenta que no funciona”. (116)

Como el problema fue definido de dos maneras diferentes, aparecieron dos vertientes de opciones políticas: por un lado, opciones dirigidas a reducir la interposición de tutelas por la vía de control, es decir, regulando el núcleo de la garantía del derecho; con esto se dieron medidas como vigilar, auditar y regular la facturación por recobros debidos a tutelas. Por el otro lado se dieron opciones también dirigidas a reducir la interposición de tutelas, pero por la vía de proteger el derecho a la salud, actualizar los beneficios y garantizar que efectivamente se les entregaran a los ciudadanos los servicios que necesitan y de los que son titulares por derecho. El primer set de opciones políticas estuvo informado por valores

de sostenibilidad, protección de los recursos del estado y fortalecimiento de la regulación; mientras que el segundo set de propuestas estuvo sustentado en valores como la accesibilidad, continuidad de la atención, integralidad, equidad, y uno que fue ostensiblemente reconocido por los entrevistados pertenecientes a la rama judicial, la dignidad humana.

Porque eso se había aceptado como un proceso, es razonable restringir los derechos de quienes más lo requieren, como una manera para justificar la construcción y evolución de este sistema, donde se le va a cargar el aporte a quienes están produciendo con beneficio a estos. Entonces era razonable que los beneficios fueran plenos para aquellos que están haciendo el aporte de sí mismos y de los otros, y que, al cabo de un tiempo, cuando la sostenibilidad del sistema lo permitiera, entonces, se daría igualdad. Eso es razonable, es razonable restringir la igualdad y la equidad durante un tiempo por razones de sostenibilidad, para poder llegar a esa igualdad, ahí tiene sentido. Y esa es la manera de armonizarlos, pero no como una manera responsable de pensar que yo puedo proteger los derechos sin ningún tipo de realidad económica y demás. O lo contrario, que es un fin en sí mismo y olvidar que justamente esa sostenibilidad se está buscando para poder llegar a todas las personas con igualdad y dignidad. (I22)

El primer *round* para la toma de esta decisión en Colombia se dio en el gobierno del expresidente Álvaro Uribe. Ante la falta de políticas dirigidas a resolver estos problemas, la Corte Constitucional falló la sentencia T-760, la cual tuvo importantes connotaciones políticas, pues le ordenaba al ejecutivo cumplir las normas que regulan el sistema de salud. Estas órdenes, como anota Stacey (2017) y como se hizo público en *El Tiempo* (2008), estaban dirigidas a equiparar y actualizar los planes de beneficios, de tal manera que la equidad y la calidad se garantizaran a todos los ciudadanos. El Gobierno inició un proceso de elaboración de planes y políticas para cumplir con las órdenes de la Corte Constitucional. Sin embargo, en 2010, las tutelas de nuevo aumentaron, alcanzando niveles similares a los de 2008, y con un incremento anual de aproximadamente 90.000 tutelas. A su vez, los recobros también incrementaban y ponían en riesgo la

sostenibilidad financiera del sistema de salud, puesto que habían pasado de US\$162 millones en 2006 a US\$963 en 2009.

Dos iniciativas en dos gobiernos diferentes trataron de abordar las órdenes de la Corte y los problemas relativos a las tutelas y los recobros. La primera fue en 2010, cuando el expresidente Uribe decretó de manera irregular la emergencia social en salud, la cual fue declarada inexecutable por la Corte. La segunda iniciativa se dio en el año 2012, cuando el gobierno de Juan Manuel Santos propuso la Ley 1438, la cual fue aprobada por el Congreso, declarada constitucional por la corte, pero nunca implementada.

A la vuelta de dos años, el presidente Santos nuevamente presentó dos iniciativas, estas fueron las propuestas de ley ordinaria y estatutaria. A pesar del esfuerzo del ejecutivo por tratar de hacer consistentes las dos iniciativas, la ley ordinaria, que resaltaba valores como la sostenibilidad, eficiencia y regulación, fue retirada del Congreso; mientras que la Ley Estatutaria, la cual está informada por valores de dignidad humana y en la que se declaraba de manera clara y definitiva que la salud en Colombia era un derecho fundamental, fue aprobada y declarada executable (Congreso de la República de Colombia, 2015).

En términos de valores, la sentencia T-760 dio prioridad a la igualdad; según la Defensoría del Pueblo (2009), el propósito fue disminuir la interposición de tutelas por medio de garantizar los mismos beneficios en salud a todos los colombianos. Con esto, según Yamin & Parra (2010) y como lo reflejaron cifras de *El Tiempo* (2012a, 2012b), se buscaba no solo conceder tratamientos individuales, que no podían ser universalizados, a personas que tenían acceso a la justicia, y quienes históricamente habían sido las personas de mejor condición socioeconómica. En la Ley Estatutaria, la Corte constitucional consideró valores adicionales como dignidad humana, justicia, transparencia y gradualismo (Cepeda, 2011). La aproximación que la Corte tomó para esta decisión estuvo relacionada a la idea de que la sociedad no tiene principios acordados sobre cómo satisfacer las necesidades en salud de la población con equidad, o cómo priorizar a quién se brinda el cuidado en salud, puesto que no se pueden satisfacer

las necesidades de todos. Por lo tanto, la Corte prefiere priorizar el valor de la justicia del proceso de toma de decisiones, de tal manera que la racionalidad de las decisiones en cuanto al derecho a la salud se hagan de manera transparente.

Para los tomadores de decisiones, el fallo de la Corte Constitucional careció de criterios técnicos relativos a la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, para las personas pertenecientes a la rama judicial y para los actores interesados, la Corte sí consideró la sostenibilidad financiera del sistema de salud, solo que quitó ese valor del foco de la política y lo sustituyó con la dignidad humana. Esto permitió devolverle al ejecutivo la facultad de proponer, desarrollar e implementar políticas que mantengan la equidad, universalidad y calidad como centro, y los valores técnicos como instrumentos que ayudan a alcanzar el derecho a la salud y garantizar la dignidad humana.

Una de las críticas a la decisión de la Corte Constitucional subyace al hecho de que la Corte es garantista del derecho en términos filosóficos, sin definir los límites de ese derecho. Por ende, la Corte pone en riesgo la viabilidad y sostenibilidad financiera del sistema de salud, puesto que en términos filosóficos toda demanda de atención en salud, directa o indirecta, está protegida por el derecho a la salud bajo el principio de la dignidad humana (por ejemplo, los pañales, la comida, el pago de salario al cuidador, entre otros). Sin embargo, ninguno de los entrevistados estuvo en contra de definir límites al paquete de beneficios al que los colombianos tienen derecho. Todos, incluso los más garantistas del derecho, consideraron que el sistema de salud es incapaz de cubrir todo a todos; mucho menos a los precios que las nuevas tecnologías aparecen en el mercado. Algunos resaltaron que por la vía de las tutelas y las demandas se puede financiar tecnologías costosas para enfermedades poco prevalentes y solo para los ciudadanos que pueden navegar en el sistema judicial (principalmente clases media y media-alta). También anotaron que las tutelas deberían ser viables y más atendidas en caso de enfermedades transmisibles, prevalentes en regiones pobres y de escasa cobertura en

salud, donde la población tiene menor posibilidad de exigir atenciones en salud (malaria, dengue, parasitismo intestinal, desnutrición infantil). Lo que significaría que, por la vía de garantizar el derecho individual, se está vulnerando el derecho colectivo.

Los entrevistados resaltaron que el establecimiento de límites a los beneficios en salud se complica por cinco factores: i) por la desconfianza en que los actores del sistema defiendan intereses legítimos; ii) por la dificultad para establecer mecanismos de participación ciudadana que garanticen la transparencia y la consideración real de todos los actores interesados; iii) por la presencia de aseguradores y proveedores privados en el sistema que hace que los ciudadanos se nieguen a renunciar a sus beneficios mientras los privados continúen obteniendo ganancias; iv) por la percepción de que la evidencia científica o los criterios técnicos empleados para la definición de los límites estén amañados a los intereses del complejo médico industrial o que no consideren los valores y preferencias de los ciudadanos; y v) el temor a que los recursos en salud se queden en la corrupción y no vayan a cubrir las necesidades reales de la población.

Estos aspectos nos llevan a concluir que los valores necesarios para avanzar en esta decisión deberían estar enfocados a fortalecer la gobernanza, la transparencia, la rendición de cuentas y la participación social; así como a establecer principios técnicos claros pero que consideren los valores de los ciudadanos y a darle prioridad a la administración pública sin ánimo de lucro de los recursos.

d. Segunda decisión: definición del mecanismo de exclusiones

Aspectos clave:

- Se requiere un acuerdo social sobre los límites materiales del principio de la dignidad humana, que pueden ser pagados con recursos públicos del sistema de salud.
- Un estado pequeño que no logra resolver las necesidades materiales de los colombianos y los ciudadanos, identificando la tutela en salud como un posible satisfactor.

Como consecuencia de la decisión de declarar la salud un derecho fundamental, y la necesidad de ponerle límites materiales a lo que filosóficamente significa este derecho, la Corte mencionó en 2017, como lo publicó *El Tiempo*, unos principios que deben orientar esas exclusiones, estos son: lo cosmético, lo experimental, lo que no tiene evidencia o aprobación por las autoridades sanitarias, y los procedimientos en el exterior cuando se encuentran disponibles en Colombia. A partir de estos principios, la Ley Estatutaria ordena que el ministerio de salud desarrolle un mecanismo participativo para definir las prestaciones en salud que quedan excluidas de ser financiadas con recursos del sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (2017) abandera el proceso promoviendo que los diferentes actores del sistema nominen tecnologías que deberían ser excluidas.

A pesar de que todos los entrevistados consideran, de una u otra manera, que no todos pueden recibir todos los beneficios, las posiciones en relación con la política de nominación y exclusión de tecnologías fue muy divergente.

O sea, digamos también, eso de que debe cubrirse todo en general, ahí hay una franja que es la del debate. Primero está el debate de lo que es útil y de lo que no, y segundo, una franja que tampoco lo digo en público en este momento en Colombia, pero que es la discusión del “costo beneficio”. Si vamos a poner el caso más extremo, pues para salvarle la vida a un señor de 90 años hay un sistema que le alarga la vida 3 meses y vale diez mil millones de pesos, pues ahí hay un debate, y en eso Gaviria no está loco del todo. (14)

Algunos de los actores interesados entrevistados manifestaron su desacuerdo con el proceso de nominación, nuevamente, porque lo encuentran sospechoso y probablemente influido por los intereses de las aseguradoras privadas y el complejo médico industrial. Además, porque presumen que la participación en este proceso implica avalar una estrategia del Gobierno de recortar el núcleo de la garantía del derecho a la salud. Los entrevistados consideran que el espíritu de la Ley Estatutaria es garantista, que el sistema

de salud debe cubrir el máximo de tecnologías, que probablemente se requiera cambiar el modelo de aseguramiento privado para contar con más recursos para hacerlo, y algunos consideran que en el momento actual todo está incluido; ante ello lo que le queda al Ministerio es demostrar que la tecnología cumple con uno de los principios enunciados en la Ley Estatutaria para poder excluir. Por ejemplo: “podría pedir tratamiento con agua de valeriana y me lo tienen que dar, porque en ninguna parte dice que eso no es efectivo y que está excluido.” (15)

Entre los entrevistados también están quienes consideran inadecuado el mecanismo propuesto por el Ministerio para definir las exclusiones, puesto que afirman que el Ministerio convierte los principios orientadores de las exclusiones en criterios técnicos rígidos, y que el espíritu de la Ley Estatutaria es que cada caso se defina a la luz de su particularidad y de cómo la exclusión no vulnere el valor máximo de la dignidad humana.

¿Cómo se interpreta en la realidad? ¿Todo lo cosmético está excluido? La Corte incluso pone un ejemplo puntual: un niño con orejas en pantalla, porque hubo una tutela. Las orejas en pantalla no le causan ningún problema al niño, el niño está sano y puede hacer su vida, pero es que le hacen bullying por eso, [quiere decir que] eso le están dañando su autoestima; es que él va a tener secuelas emocionales o psicológicas. ¿Será lo mismo que a la señora que simplemente se quiere hacer una mamoplastia de aumento para verse mejor? Pues no. Son dos casos completamente distintos. (12)

También están las opiniones de los tomadores de decisiones, que ven el escenario actual y consideran que pensar que todo puede ser financiado con recursos del sistema de salud es un escenario insostenible en el tiempo, y de gran riesgo para la estabilidad financiera del sistema de salud.

Y esa vaina, como quedó escrita la ley, es un sueño. Ni si quiera los países más ricos de este planeta se enfrentan a las decisiones de cobertura, o a las decisiones de qué incluir y qué excluir, con unos criterios como los nuestros. Es que a nosotros nos faltó decir “excluimos lo que se esté dando en Japón”. Que no sea cosmético, eso es lo mínimo; o sea ponerle la cola a la

señora, los senos a la señora, de pronto no tenemos por qué pagarlo, eso es lo mínimo, lo básico. Que no sea experimental, ok, bueno, lo mínimo, no sabemos si sirve o si no sirve, si lo va a matar o no lo va a matar, esperemos a ver a que por lo menos tenga un registro sanitario. Lo que no se preste en el país, bueno, lo mínimo, que no tengamos que mandar a la gente a Europa y a Estados Unidos para que se hagan los tratamientos. Que no tenga efectividad clínica. [Es decir], si no sirve para nada entonces para qué lo incluimos. Entonces esos principios son lo mínimo. (I9)

En términos de conocer qué valores motivan a los grupos de interés para apoyar o rechazar el mecanismo de exclusiones, o para nominar tecnologías para exclusión, varios actores interesados entrevistados mencionaron que el valor de la rentabilidad es el más importante para aseguradores y para la industria farmacéutica. Los actores interesados perciben que los aseguradores privados son promotores de las exclusiones porque de esa manera limitan servicios a los beneficiarios y por lo tanto obtienen una mayor utilidad. Así mismo señalan que la industria farmacéutica es un grupo de interés que se opone a las exclusiones, pues es más beneficioso para ellos que sus medicamentos sean cubiertos con recursos públicos del sistema de salud. Sin embargo, los tomadores de decisiones opinaron que los intereses de aseguradores y de la industria farmacéutica no son de respaldo o rechazo general al mecanismo de exclusiones. Los aseguradores persiguen que si un beneficio entra al sistema de salud la prima de aseguramiento se ajuste, y las farmacéuticas toman partido para cada caso particular; algunas veces los beneficia que el medicamento esté incluido y otras veces que sea pagado con gasto de bolsillo de los ciudadanos.

Conectado a esta política de definición de exclusiones, hay un debate sobre valores de los ciudadanos, en el que fue percibido que los colombianos no dimensionan el significado o la trascendencia de lo que es un bien común como el sistema de salud, y por lo tanto no son proclives a proteger los recursos del sistema.

Nosotros no tenemos una cultura acerca de qué es un bien común, y qué le pasa a un bien común cuando lo sobreexplotamos, cuando no lo cuidamos.

Entonces creo que eso le falta a nuestro sistema, más educación y poner la discusión sobre la mesa, [hablar] de ciertos valores que a la gente no le gusta discutir. Por ejemplo, si vale la pena que financemos intervenciones sobre las cuales no hay evidencia; no estoy hablando ni siquiera de los costos, sino sobre las cuales no hay evidencia. (I9)

También surgió una discusión sobre el hecho de ser un país en desarrollo, con unas instituciones públicas débiles, con una participación importante del sector privado en temas sociales como la educación, los servicios públicos y la salud, y con grandes debilidades en términos de bienestar social. Colombia tiene importantes tasas de pobreza, indigencia, desempleo y subempleo, el 54% de los colombianos en edad de trabajar ganan uno o menos de un salario mínimo, y el 85% gana menos de dos salarios mínimos, con el agravante de que ni uno ni dos salarios mínimos permite cubrir las necesidades básicas de una familia. El país carece de programas que den respuestas al sinnúmero de necesidades sociales, y los colombianos encuentran en el sistema de salud, y por la vía de la tutela, la forma de satisfacer algunas de esas necesidades básicas; necesidades que en otros países más ricos serían cubiertos por la asistencia social, por educación, por recreación o por otros programas. Pero al no existir, los colombianos acuden a la tutela en salud para acceder a servicios e insumos relacionados como el pago a los cuidadores, los pañales, la comida, la equino-terapia, el transporte para llegar a la terapia física, entre otros.

Algunos entrevistados perciben como abusivo o desconsiderado la solicitud de estos servicios e insumos, probablemente si cada caso fuera escuchado, la sociedad terminaría por aceptar que estos servicios suplementarios se dieran a los pacientes con cargo a los recursos del sistema de salud, porque si la indicación del médico es que el medicamento se ingiera con las comidas, pero el paciente no tiene comida en su casa, pues pedir la comida parece sensato para poder efectivamente cumplir el tratamiento médico. El problema es que los recursos del sistema de salud terminan gastándose en condiciones o situaciones suplementarias y no

en atacar los grandes problemas de salud del país. Esta situación no se da porque los pacientes no lo necesiten, es porque no hay otras instancias de Gobierno que puedan ayudar a resolver las necesidades que tienen los colombianos para mitigar sus determinantes en salud y acceder de una manera más igualitaria o digna al sistema de salud.

Entonces se dan decisiones muy individuales, con un valor humanitario básico: si yo tengo una tragedia, la quiero remediar. Pero es que el Estado no puede ser justiciero cósmico, yo no puedo remediarlo todo, yo debo tener una discusión reflexiva donde contemple qué es lo que quiero hacer, y esto, que parece ya sencillamente filosófico, yo creo que le ha faltado a nuestro sistema de salud. Le ha faltado una discusión de fondo, sobre cuáles son los valores, qué es lo que queremos hacer, hasta dónde queremos llevar esto. (13)

Discusión

En Colombia, el poder judicial tiene un rol esencial en el establecimiento de la agenda y en el desarrollo de políticas en salud. Esta situación ha emergido como consecuencia de los legados políticos de la Constitución –principalmente debido a la introducción de la tutela–, la concentración del poder de las ramas ejecutiva y legislativa en cabeza del Presidente, y la percepción ciudadana de corrupción en dichas ramas del poder. La declaración de la salud como derecho fundamental, con implicaciones reales en el desarrollo de políticas en salud, llegó a la agenda gubernamental por la vía de la rama judicial, quien interpretó que los miles de tutelas reclamando servicios de salud eran un problema importante que requería acciones para resolverlo. En un primer momento, la Corte Constitucional ordenó al ejecutivo, a través de la sentencia T-760, cumplir con un conjunto de deberes contenidos en la Ley 100 y otras normas que regulan el sistema de salud. En un segundo momento, la Corte declaró la salud como un derecho fundamental autónomo y ordenó al ejecutivo desarrollar una política acorde con los principios contenidos en la Ley Estatutaria.

Sobre esto, los puntos de vista de los entrevistados estuvieron polarizados. Para los actores interesados, las decisiones en el sistema de salud, antes de la intervención de la Corte Constitucional, estuvieron dominadas por los valores de una élite neoliberal de tomadores de decisiones (rentabilidad, competitividad, racionalidad y eficiencia). Dichos tomadores de decisiones no solo nunca consideraron la participación social, la gobernanza, o la transparencia en el proceso de toma de decisiones, sino que además definieron que la sostenibilidad era el objetivo principal del sistema de salud.

Para los tomadores de decisión en la rama ejecutiva, la intervención de la Corte Constitucional irrespetó la autoridad del ejecutivo y disparó una situación sin precedentes, en la cual los ciudadanos están incentivados a reclamar cualquier tecnología, servicio o procedimiento que no debiera ser cubierto con recursos públicos del sistema de salud. Para esos tomadores de decisiones, el valor de la dignidad humana, que la Corte Constitucional puso en el centro de esta decisión, es loable, pero no considera la importancia de la sostenibilidad del sistema de salud. Por el contrario, los magistrados de la Corte Constitucional argumentan que ellos efectivamente consideraron el valor de la sostenibilidad, pero no como objetivo central del sistema, sino como un medio para garantizar salud para todos.

Como parte de la aprobación de la Ley Estatutaria, el Ministerio de Salud fue encargado de desarrollar un mecanismo para excluir las tecnologías que no deberían ser cubiertas con recursos públicos del sistema de salud, pero considerando el valor de la dignidad humana que la Corte enfatizó. El desarrollo de este mecanismo de nuevo evidenció la polarización en puntos de vista de los entrevistados. Los tomadores de decisiones en la rama ejecutiva consideraron que los valores de transparencia, participación social y sustentación en la evidencia fueron los que informaron el proceso para diseñar el mecanismo de exclusiones. En contraste, los actores interesados y los tomadores de decisiones de la rama legislativa consideraron que el Ministerio sigue tratando de reducir el núcleo

esencial del derecho a la salud con el propósito de beneficiar a las EPS y a las compañías farmacéuticas. Adicionalmente, los actores interesados consideraron que el proceso de diseño del mecanismo de exclusiones no ha contado con participación social real, sino que ha sido un proceso de legitimación de la decisión.

En la definición del mecanismo de exclusiones fue posible identificar una tensión entre tomadores de decisiones de la rama ejecutiva, quienes tratan de definirle límites al derecho a la salud por medio de incorporar valores técnicos al proceso de exclusiones; y los actores interesados, quienes desconfían del proceso porque consideran que está en contra de los ciudadanos y en favor de los intereses con ánimo de lucro de los actores privados.

En general, puede decirse que la corte ha actuado como un revisor de la constitucionalidad de las decisiones del ejecutivo y del legislativo, cuando consideró que el cumplimiento del principio de dignidad humana en el proceso de toma de decisiones no cumplía con los requerimientos constitucionales. Este hallazgo está en consonancia con lo descrito por Landau (2010), quienes explican que la fuerte influencia de la Corte Constitucional en Colombia responde a la inestabilidad de los partidos políticos, la pobre participación social y la debilidad del congreso en proponer políticas y supervisar el poder presidencial. Adicionalmente, Hawkins & Álvarez (2017), así como Landau (2010) sugieren que el fuerte rol de la rama judicial solo es señal de la debilidad de las estructuras democráticas del país, y que, en cualquier caso, este tipo de sustitución de las funciones legislativas es inapropiado para el proceso de toma de decisiones políticas en el país.

Bibliografía

- Cepeda-Espinoza, M. J. (2011). "Social and Economic Rights and the Colombian Constitutional Court". En *Texas Law Review*, 89(1699), (pp.1699-1705).
Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1751 de 2015 (2015). Colombia.

- Defensoría del Pueblo. (2009). *La tutela y el derecho a la salud, periodo 2006-2008*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Editorial. (Agosto 14 de 2014). Editorial: Un muy mal síntoma. *El Tiempo*.
- Fernández, C. & Perilla, S. (Julio 12 de 2011). Tutelas contra EPS hasta para exigir aspirinas. *El Tiempo*.
- Fernández, C. (Febrero 19 de 2019). Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país. *El Tiempo*.
- Giacomini, M., Hurley, J., Gold, I., Smith, P., y Abelson, J. (2001). 'Values' In *Canadian Health Policy Analysis : What Are We Talking About ?* Ottawa.
- Hawkins, B. & Alvarez Rosete, A. (2017). "Judicialization and Health Policy in Colombia: The Implications for Evidence-Informed Policymaking". En *Policy Studies Journal*.
- Hernández-Álvarez, M., & Torres-Tovar, M. (2010). "Colombia's New Health Reform: Helping Keep the Financial Sector Healthy". En *Social Medicine*, 5(4), 177-181.
- Hoffman, S.J, Røttingen, J, Lavis, J.N., Edge J.S. & Frenk, J. (2012) *Background Paper on Conceptual Issues Related to Health Systems Research to Inform a WHO Global Strategy on Health Systems Research*. (pp.1-72). Ginebra: World Health Organization.
- Kenny, N. & Giacomini, M. (2005). "Wanted: A new ethics field for health policy analysis". En *Health Care Analysis*, 13(4), 247-260.
- Kingdon, J. W. (2011). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (Updated Se). Boston: Pearson Education, Inc.
- Landau, D. (2010). "Political Institutions and Judicial Role in Comparative Constitutional Law". En *Harvard International Law Journal*, 51(2), (pp.319-377). Boston: Harvard University Press.
- Londoño, J. L. & Frenk, J. (1997). "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". En *Health Policy*, 41(1), (pp.1-36).
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 330 (2017). Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5267 (2017). Colombia: Alcaldía Bogotá.
- Redacción Salud. (Mayo 1 de 2012). Estos son los retos de la unificación del Plan Obligatorio de Salud. *El Tiempo*.
- Redacción Salud. (Noviembre 28 de 2012). Gobierno, con la receta para cumplir fallo en salud. *El Tiempo*.
- Redacción Salud. (Agosto 16 de 2014). Minsalud y Defensor del Pueblo chocan por cifras de tutelas en salud. *El Tiempo*.
- Redacción Portafolio (Marzo 2 de 2015). Ley Estatutaria en Salud: el punto de llegada. *Portafolio*.
- Redacción Salud. (Diciembre 16 de 2016). Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. *El Tiempo*.
- Redacción Salud. (Agosto 23 de 2018). Plan Obligatorio de Salud debe ser igual para todos: Corte Constitucional. *El Tiempo*.

- Stacey, R. (2017). "Dynamic Regulatory Constitutionalism: Taking Legislation Seriously in the Enforcement of Economic and Social Rights". En *Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy*, 31(1), (pp. 85–128).
- Thompson, S. G. & Higgins, J. P. T. (2005). "Can meta-analysis help target interventios at individuals most likely to benefit?". En *The Lancet*, (365), 341–346.
- Ugalde, A. & Homedes, N. (2005). "Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina". En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), (pp.202–209). OPS.
- Vargas-Bustamante, A., y Méndez, C. A. (2014). "Health care privatization in latin america: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico". En *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39(4), (pp. 841–886).
- Vargas-Zea, N., Castro, H., Rodríguez-Páez, F., Téllez, D. y Salazar-Arias, R. (2012). "Colombian Health System on its Way to Improve Allocation Efficiency – Transition from a Health Sector Reform to the Settlement of an HTA Agency". En *Value in Health Regional Issues*, 1(58), (pp. 218–222).
- Veillard, J. H. M., Brown, A. D., Barış, E., Permanand, G., & Klazinga, N. S. (2011). "Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework". En *Health Policy*, 103, (pp. 191–199).
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008. primary health Care - Now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yamin, A. & Parra-Vera, O. (2010). "Judicial protection of the right to health in Colombia: From social demands to individual claims to public debates". En *Hastings International and Comparative Law Review*, 33(2), (pp. 101–129).

Parte II

EL OBSERVATORIO, UN ACTOR DE CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA

TRAYECTORIA DEL OBSERVATORIO
DEL DERECHO FUNDAMENTAL
A LA SALUD DE LA PERSONERÍA
DE MEDELLÍN 2008-2018.
UNA APUESTA POR LA CONSTRUCCIÓN
DE CIUDADANÍA

Diana Patricia Guerra Mazo; Gabriel Jaime Otálvaro Castro;
Víctor Stephen González Quintero; Valentina Espinosa Ruiz;
Susana Roldán Ricardo; Juan Manuel Londoño Fonnegra;
Claudia Ortega Dávila; Laura Elena Guerra Bedoya;
Luisa Fernanda Peláez Figueroa

“El ODFS debería ser declarado patrimonio del municipio”

Breve nota sobre el contexto y los planteamientos
de partida en la creación del Observatorio
del Derecho Fundamental a la Salud

Hacia el final de la primera década del siglo XXI, luego de transcurridos quince años de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud instaurado con la Ley 100 de 1993, se acumuló un descontento

generalizado con el sistema, lo cual, como señalan Abadía & Oviedo (2009) y Echeverry (2013), motivó procesos de movilización social por la demanda de un cambio de orientación del sistema de salud. Esto, como evidencia Procuraduría General de la Nación (2008), se dio a la vez que diversas instituciones académicas y gubernamentales manifestaron sus preocupaciones por la inequidad del arreglo institucional que fue creado con dicha reforma (Franco, 2003 y Torres, 2013).

Hasta ese momento, desde que inició el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 2008 fue el año de mayor número de tutelas interpuestas por ciudadanos que reclamaron la vulneración del derecho a la salud en el país. También fue el año en que la Corte Constitucional, a través de la sentencia T-760, señaló un “estado de cosas inconstitucional” en relación con la garantía del derecho a la salud en el país. Dicho señalamiento se dio debido a los problemas sistémicos de acceso y de supervisión en el sistema de salud, por lo que se le ordenó a la rama ejecutiva, como representante del Estado, ajustar de manera inmediata algunos aspectos del ordenamiento del sistema de salud. Entre dichos arreglos estaba la actualización integral e igualación de los planes de beneficios entre regímenes, la universalización del aseguramiento y la medición del número de tutelas, entre otros. La sentencia supuso también un afianzamiento de la interpretación del carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud en el país, hasta ese entonces, solo reconocido como tal en tanto conexo con la vida (Corte Constitucional, 2008).

Ante la crisis del sistema, a lo largo del país, las administraciones municipales se vieron abocadas a generar propuestas para el desarrollo de respuestas sociales complementarias tendientes a fortalecer la garantía de los derechos sociales. En ese contexto, en Medellín, la Personería formuló un plan de acción en 2008 tendiente a fortalecer el Estado Social de Derecho. En este marco se propuso la creación de diversos observatorios de ciudad: seguridad humana, derechos colectivos y del ambiente, entre otros, siendo de gran relevancia entre ellos la creación en 2009 del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud – ODFS-. Para su

creación, la Personería acudió a la Universidad de Antioquia, como la entidad asociada que podría apoyar la construcción colectiva de la propuesta técnica. Fue así como, con el acompañamiento de la Facultad Nacional de Salud Pública y la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, se lideró la construcción de la propuesta. El análisis inicial señaló una situación de amenaza a la materialización del derecho ciudadano a la salud que era el producto de fallas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, amenaza que se daba por el predominio de una racionalidad económica donde la búsqueda de utilidades financieras se impone por encima del bienestar colectivo y los derechos ciudadanos. Otras razones de la afectación son la aplicación de la normatividad del sistema en perjuicio del derecho ciudadano, fallas en el modelo de atención y en la gestión de los organismos de la inspección, vigilancia y control; así mismo, por la desarticulación de actores, procesos e información y por la baja apropiación ciudadana de este derecho (Personería de Medellín & Universidad de Antioquia, 2009).

Una motivación principal de la Personería de Medellín en la creación del ODFS fue la de contribuir al desarrollo del Estado Social de Derecho que se inauguró con la Constitución Política de 1991. Esto sería posible, como anotan Guerra et al (2011), mediante el fortalecimiento y cualificación de la ciudadanía y de los gobernantes para ganar consciencia de los problemas de los ciudadanos en el ejercicio de los derechos fundamentales; así como de la generación de un flujo continuo de información confiable y accesible al público; también sería posible hacer un aporte desde el fortalecimiento de acciones para la prevención y sanción de la violación de los derechos y principios consagrados en la Constitución, y, sin duda, generando escenarios de señalamiento y denuncia ante los actos de corrupción administrativa

El Observatorio fue concebido como un instrumento de gestión dirigido a posibilitar la articulación de actores y recursos para la definición y adopción de políticas públicas, el acceso a la información, el debate público, la concertación de propuestas y para favorecer la toma de

decisiones tendientes a la garantía integral del derecho fundamental a la salud. Lo esencial era la creación de un medio que posibilitara ciudadanías activas y el desarrollo de los principios constitucionales, construido y co-gestionado con participación de actores públicos, comunitarios y privados (Personería de Medellín & Universidad de Antioquia, 2009). Al momento de su creación, y ante la preocupación por el aumento de las tutelas que se presentaba en el país, se entendía que el Observatorio cumpliría un papel relevante en el monitoreo del acceso a los servicios de salud –incluyendo la alta complejidad terapéutica y los medicamentos–, así como a la atención oportuna para enfermedades de alto costo – circunscribiendo la no discriminación por la condición de enfermedad–. Era claro que el Observatorio tendría un importante papel en la producción de conocimiento para profundizar en el entendimiento de las realidades locales, para monitorear tendencias y el avance de las políticas públicas del sector, así mismo, para impulsar y proponer soluciones pertinentes a las necesidades locales.

Para cumplir con sus propósitos, y con el devenir de los años, las acciones del Observatorio se han organizado en tres grandes estrategias, que son: i) la investigación; ii) la inspección, vigilancia y control y iii) las redes sociales. En cada una de ellas se ha desplegado un conjunto variado y creativo de acciones, que en su mayoría han mantenido su continuidad en el tiempo. La participación ciudadana, la producción de información oportuna y de buena calidad, y el uso de herramientas y tecnologías de información y comunicación han sido elementos transversales a las diferentes acciones emprendidas. Luego de una década de experiencia y reconociendo su valor histórico, social y político, se realizó un proceso de reconstrucción de la experiencia del Observatorio. El propósito del presente trabajo se dirigió a reconocer, recuperar y describir las estrategias implementadas por el Observatorio, tendientes a fomentar la protección del derecho fundamental a la salud y propiciar la experiencia de ejercicio de ciudadanía en salud.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo de aproximación etnográfica, siguiendo autores como Taylor & Bogdan (1984) y Guber (2001). El objetivo fue recrear de manera comprensiva las diferentes perspectivas, significados y experiencias vividas por algunos actores participantes de la experiencia de implementación del Observatorio, desde su origen hasta el presente (2019). Para reconocer la forma como se dio la configuración de un dispositivo social específico para la protección, el cumplimiento efectivo y el respeto por el goce del derecho fundamental a la salud en la ciudad de Medellín.

Se combinaron diferentes técnicas para la recolección de información: revisión documental, observación participante y la entrevista grupal. La revisión documental incluyó la identificación y análisis de documentos oficiales, informes, reportes e investigaciones del ODFS desde el 2008 hasta el presente. El análisis documental se apoyó en una matriz bibliográfica para el registro sistemático de la información contenida en ellos; se analizaron las fuentes año a año, clasificando las estrategias y actividades en los 3 ejes definidos: i) investigación, ii) inspección, vigilancia y control, y iii) redes sociales. Para cada estrategia se registraron aspectos como el tipo de estrategia, objetivos, los actores involucrados, los logros y aprendizajes y las dificultades percibidas. Así mismo, y siguiendo la pertinencia del caso señalada por Casilimas (1996), algunos miembros del equipo de investigación realizaron inmersión y observación participante en las dinámicas cotidianas del ODFS durante el primer semestre del 2019. Dicha inmersión les permitió profundizar en el reconocimiento de las vivencias de los usuarios y equipo de trabajo del Observatorio y con ello proponer elementos para el análisis de la experiencia.

Una vez realizada una primera fase de la revisión documental y de haber diligenciado la matriz bibliográfica, se construyó una línea de tiempo para así tener una visión sintética de la experiencia; esta se discutió

de manera colectiva en el equipo, con la intención de identificar posibles vacíos de información a complementar. Se finalizó con la realización de dos entrevistas grupales semiestructuradas, con la intención de reconocer las perspectivas de colectivos específicos que comparten aspectos comunes de una experiencia y de un contexto, pues resultan factores determinantes según los estudios y trabajos de Kitzinger (1995). La selección de los participantes fue orientada por criterios de conveniencia, oportunidad y disponibilidad.

Sobre el grupo poblacional podemos decir que participaron 14 personas en las dos entrevistas grupales realizadas; la primera con profesionales responsables de la implementación de las estrategias del ODFS, vinculados a la Personería de Medellín, con diferentes años de antigüedad; la segunda con actores clave participantes del momento fundacional del Observatorio y que han acompañado su desarrollo desde diferentes lugares. La entrevista se condujo apoyada en una breve guía de preguntas abiertas que orientaban el diálogo hacia los significados y experiencias de los participantes frente a las actividades y estrategias de las cuales fueron creadores, organizadores y/o asistentes de manera regular. Allí se profundizó en categorías específicas: logros, aprendizajes, dificultades y perspectivas a futuro de los tres ejes del ODFS. Las entrevistas fueron grabadas en audio, previa autorización de los participantes y transcritas de manera selectiva. El análisis de las entrevistas se apoyó en las notas tomadas por el equipo de investigación, mediante codificación y categorización, con lo cual se complementó el análisis e interpretación derivada de las otras técnicas.

Se acogieron las consideraciones y principios establecidos en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en pos de garantizar la dignidad, integridad, la libre determinación, privacidad y confidencialidad de la información personal de la población sujeto (Asociación Médica Mundial, 1964). Se garantizó la confidencialidad de la información registrada debidamente en los formatos de consentimiento informado.

Resultados

El periodo inicial de fundamentación y diseño del ODFS fue intenso, corto y altamente participativo; en él se sentaron las bases de la concepción e implementación de las estrategias efectuadas. Desde el inicio, el Observatorio ha desplegado un conjunto diverso de estrategias que se caracterizan por su orientación participativa, la continuidad, el registro y producción regular de información y el apoyo en tecnologías de la información y las comunicaciones. Un rasgo relevante de las estrategias es que se han implementado en paralelo, generando procesos de complementación y realimentación entre sí. Estas se pueden agrupar en tres grandes ejes: i) la investigación, ii) la inspección, vigilancia y control y, iii) las redes sociales. En la figura 1 se presentan algunos de los hitos del ODFS (ver figura 1).

Los procesos investigativos han sido continuos y se han respaldado en una relación estrecha con algunas Universidades de la ciudad. Las acciones para fortalecer la inspección, vigilancia y control han sido continuas y han combinado estrategias de diálogo y articulación interinstitucional entre actores del Ministerio Público, las autoridades sanitarias departamental y municipal, organizaciones de usuarios de los servicios de salud e instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, dirigidas a la verificación y seguimiento a las condiciones de acceso efectivo a los servicios de salud. Por su parte, las acciones para fortalecer las redes sociales en salud han sido continuas y se han orientado al acompañamiento y cualificación de procesos organizativos de los usuarios de los servicios de salud, la realización de espacios de formación ciudadana y el acercamiento de servicios y ofertas institucionales de la Personería de Medellín a pobladores de territorios de alta fragilidad y exclusión social.

Estrategias para promoción y protección del derecho fundamental a la salud desplegadas por el Observatorio

1. Estrategia de investigación

Un objetivo principal del Observatorio ha sido la gestión de conocimiento en relación con la situación y significado acerca del

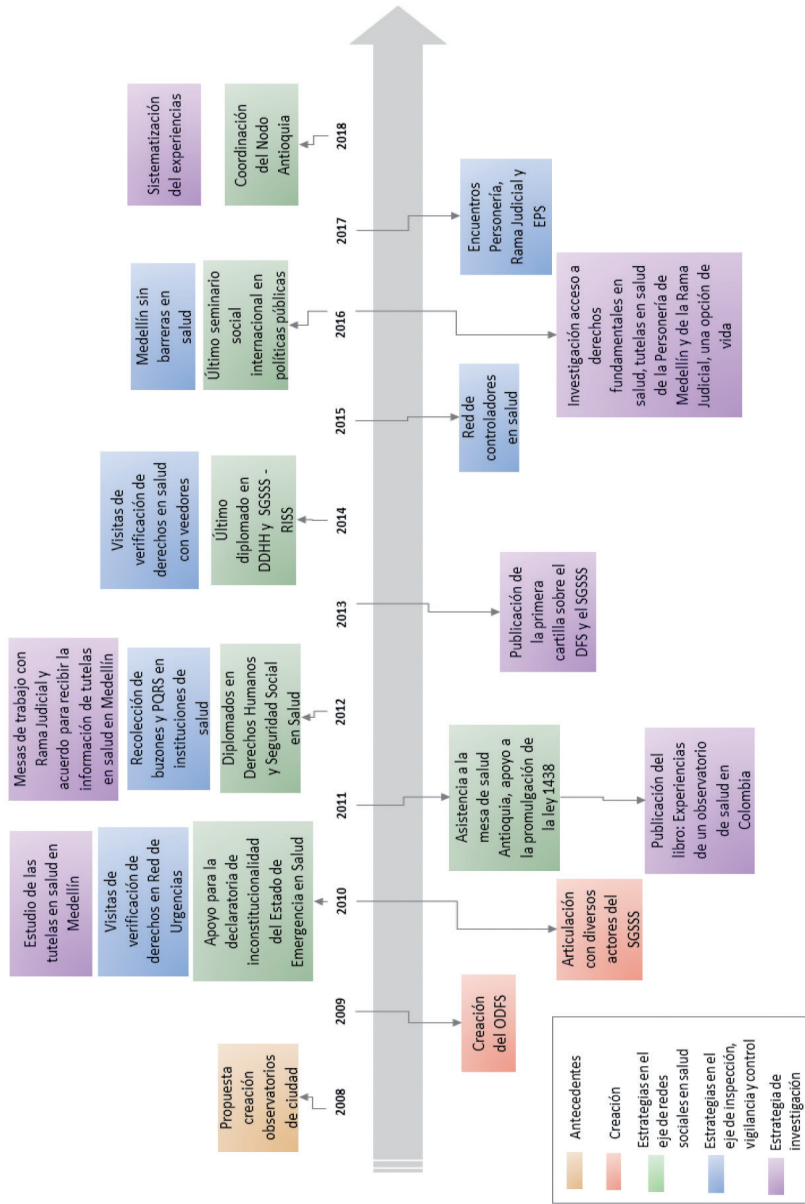


Figura 1. Algunos hitos del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud 2008-2018.

Fuente: archivo documental Personería de Medellín. Elaboración propia.

derecho a la salud que le dan los diferentes actores sociales como aseguradores, prestadores, entes gubernamentales y comunidades, y las experiencias que devienen de su exigibilidad. Desde su inicio, el ODFS ha gestionado la información proveniente de las acciones de tutela de la Personería de Medellín y de la rama judicial, dando a conocer, por medio de informes mensuales, las cifras e indicadores que dan cuenta de la situación y experiencia de las personas al momento de acceder a los servicios de salud. Estos reportes se han dado a conocer con el fin de identificar barreras de acceso y a partir de ello exigir a los aseguradores y prestadores la eliminación de dichas barreras y la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. De igual manera, el ODFS analiza la información del Centro de Regulación de Urgencias y Emergencias, CRUE, con el fin de monitorear la situación de los procesos de referencia y contrarreferencia en la ciudad.

En el año 2011 se publicó el libro *Experiencias de un Observatorio de Salud en Colombia*, elaborado en conjunto con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En este libro se reflexionó sobre el significado del derecho fundamental a la salud, los problemas de su materialización en el contexto del sistema de salud del país y la experiencia de construcción del Observatorio, un hecho sin precedentes en Colombia. En el año 2013 se realizó la primera sistematización de experiencias del ODFS con el fin de describir los logros, aprendizajes y retos a partir de sus experiencias, desde entonces se han realizado dos sistematizaciones, la más reciente es la del año 2018.

Vale anotar que otro de los ejercicios investigativos ha sido la revisión de las sentencias de la corte constitucional en salud, también se ha realizado la revisión y aplicación de la normativa internacional y el análisis de propuestas para el fortalecimiento de la política pública en salud para la ciudad. Con el trabajo sostenido a lo largo de los años, en este eje, el ODFS ha generado insumos para apoyar la toma de decisiones políticas basada en la evidencia; siempre en busca de la materialización del derecho fundamental a la salud.

2. Estrategias en el eje de inspección, vigilancia y control

El ODFS, como parte de la Personería de Medellín, cumple con funciones propias del sistema de inspección, vigilancia y control en salud, que ha sido uno de los aspectos reconocidos de mayor debilidad en el funcionamiento del sistema de salud. En aras de fortalecer la capacidad de identificar fallos que amenazan el goce del derecho a la salud y proponer correctivos y acciones de mejora, se han realizado diferentes estrategias basadas en el diálogo y la articulación interinstitucional, que involucran y ponen en relación las instituciones del Ministerio Público con las autoridades en salud del territorio, las organizaciones de usuarios y las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

2.1 Red de controladores en salud

Esta estrategia tiene sustento normativo en la Constitución Política de 1991, artículos 48, 49, 113, 117 y 118; y en la Circular 007 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud (2011), mediante la cual se establecen los criterios de conformación de la red de controladores del sector salud en el país. El objetivo general de esta estrategia es la verificación del acceso efectivo al derecho fundamental a la salud de la población afiliada a las EPS y a cargo de los entes territoriales. Consiste en una visita de inspección, vigilancia y control no anunciada por parte del grupo de la red de controladores, dicha visita se hace a empresas aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y públicas de la ciudad. En estas visitas se realiza seguimiento a casos de los usuarios, y exigibilidad inmediata en la materialización de los derechos de sus afiliados. Participan la Procuraduría General de la Nación en la regional Antioquia, la Defensoría del Pueblo y la Personería de Medellín, quien la lidera a través del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud. A estas visitas han concurrido como invitados los entes territoriales municipal y departamental a través de sus secretarías de salud. También ha participado la propia Superintendencia Nacional de Salud.

La visita se realiza a través de seis equipos de trabajo, así: i) afiliación y bases de datos; ii) articulación de servicios y acceso efectivo; iii) atención al usuario; iv) gestión del riesgo en salud; v) salud pública; y vi) equipo satélite. La visita se orienta por un protocolo y se apoya en un instrumento construido de manera colectiva por la red. Cada equipo de trabajo es liderado por un coordinador y tiene funcionarios de diversas instituciones asignados para hacer la verificación de derechos según lo planeado. Durante la visita se contrasta la información de indicadores, lo publicado en la web, lo manifestado por la EPS con lo encontrado en los hospitales por el equipo satélite. También se contrasta la información con lo hallado por el equipo de atención al usuario y la evidencia de los derechos de petición, las acciones de tutela en salud, las solicitudes de cumplimiento de fallo, los incidentes de desacato, las peticiones, quejas y reclamos que han sido presentados por usuarios, informes de auditorías de los entes territoriales, informes de circular 30, entre otros. Durante la visita, los usuarios se acercan a los equipos y presentan sus quejas respecto a las barreras de acceso a la atención. Al finalizar la visita se realiza la consolidación colectiva de un informe, que es presentado ante las directivas de la institución visitada.

La estrategia tuvo origen en noviembre de 2014, y surgió tras la identificación de la situación crítica de falta de acceso oportuno y continuo a los servicios de salud. Para el año siguiente se firmó un convenio con Supersalud. Las entidades adoptaron un plan de trabajo, con líneas y ejes de acción, en el marco de la inspección, vigilancia y control.

La primera visita de verificación de derechos en salud se realizó en 2015 a la Fundación Médico Preventiva, quien atendía en su momento a los afiliados del Magisterio Antioqueño y de Ferrocarriles. Dentro de las conclusiones generales del informe de la visita se planteó la necesidad de “declarar el estado de

cosas inconstitucionales en la salud del magisterio antioqueño y sus beneficiarios”. En el año 2016 se visitó a las EPS Coomeva y EPS Cafesalud; en el 2017 se visitó a la Nueva EPS y la EPS Medimás; en 2018 se visitó nuevamente a la EPS Coomeva, así como a la EPS mixta Savia Salud; en el primer semestre de 2019 se visitó la EPS Cruz Blanca. Como resultado de las visitas de la red de controladores, las EPS han ampliado la red de prestación de servicios, se ha realizado la entrega completa de medicamentos o insumos represados, se da una mejor oportunidad en las solicitudes de consulta de los servicios de salud, se mejora el flujo de recursos por parte de las EPS a las IPS y ESE.

El logro principal de esta estrategia ha sido conseguir un trabajo articulado y sinérgico entre diferentes entes de la inspección, vigilancia y control en salud del departamento. Se destaca el compromiso del equipo interprofesional involucrado, así como el pleno respaldo del Ministerio Público de Antioquia. Y en cuanto a las dificultades, la principal ha sido la consolidación del informe final de la visita, esto se ha dado porque, en lo mediato, se prioriza el seguimiento a los hallazgos y a las medidas de mejoramiento implementadas.

2.2. Encuentros con aseguradoras (EPS) y la rama judicial

La estrategia se creó en el 2010, inicialmente como espacios de diálogo entre los entes de control; sin embargo, desde el 2012 se incluyeron las aseguradoras y otros actores del sistema de salud. Los encuentros surgieron ante la preocupación por el incumplimiento de los actores del sistema de salud ante los fallos judiciales relacionados con el derecho a la salud, por lo que fueron pensados como espacios de reconocimiento y colaboración entre autoridades, para la articulación de funciones en pro de la protección del derecho fundamental a la salud y la búsqueda conjunta de soluciones a problemas presentados en el sistema. Estos encuentros se concibieron como un espacio de diálogo

entre la Rama Judicial, los entes de control, las autoridades y actores del sistema de salud para reconocer la racionalidad de los fallos de tutela y propiciar su efectividad.

La estrategia fue liderada por el ODFS, y en los diálogos con la rama judicial se han vinculado la Procuraduría General de la Nación, la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia, la Contraloría de Medellín, la Defensoría del Pueblo y diferentes EPS. Se han realizado tres encuentros por año, desde la creación de la estrategia, en lo que participaron, regularmente, tomadores de decisiones de las distintas EPS. Los encuentros buscan construir una visión integral del funcionamiento y los obstáculos del sistema de salud, como herramienta clave para materializar el derecho fundamental a la salud, desde la perspectiva de distintos actores. Para esto, se escucha la posición de los jueces y las EPS, se comparten percepciones y conocimientos sobre el alcance y aplicación del derecho fundamental a la salud, así mismo, se hacen capacitaciones en temas específicos relevantes para la toma de decisiones judiciales en salud con total respeto a la autonomía judicial. En esa dirección, se pretende que la decisión judicial no solo sea garantista, sino que esté fundada en criterios jurídicos y técnicos con suficiencia. Entre sus objetivos también está sensibilizar a las EPS frente el cumplimiento de los fallos de tutela.

Los espacios generados han constituido una valiosa oportunidad para las EPS, pues pueden exponer, directamente ante los jueces, sus posiciones frente a las decisiones judiciales en salud. La estrategia es un mecanismo de intercambio y sensibilización frente a las obligaciones normativas para actuar en pro de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Una dificultad que fue sorteada de manera exitosa fue lograr la participación de los jueces, en perspectiva de la garantía de la independencia judicial, cuestión que fue subsanada al clarificar

el sentido académico y pedagógico de los diálogos, presentado ello como parte de diplomados, seminarios o como intercambio de saberes interprofesionales.

2.3 Medellín sin barreras

La estrategia fue creada en el 2011 con el objetivo de identificar y analizar las barreras de acceso a los servicios de salud en Medellín. El objetivo fue desde sus inicios proponer soluciones y trabajar en pro de la eliminación de dichas barreras, contribuyendo a la garantía y goce efectivo del derecho fundamental a la salud. El observatorio lidera los encuentros, en los cuales han participado múltiples autoridades y entidades públicas y privadas como la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretaría de Salud de Medellín, Procuraduría General de la Nación, Contraloría de Antioquia, Contraloría de Medellín, Veedurías Ciudadanas en Salud, Metrosalud ESE, Comfama, Coomeva, Sura, Nueva EPS, Actives, Fundación Médico Preventiva, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC–, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Hospital San Vicente Fundación, Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia, Defensoría del Pueblo, Senadores de la República, Ministerio de Salud, Comisión de seguimiento de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, Asociación de Pacientes de Alto Costo, Centro de pensamiento en Derecho a la salud de la Universidad Nacional, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, entre otros.

Los encuentros de Medellín Sin Barreras se han realizado de manera bimensual hasta agosto de 2019. Metodológicamente se iniciaban con la exposición de un caso en contexto, a partir del cual se identificaban los fallos presentados –esto se daba en un marco de diálogo interinstitucional–. Posteriormente se avanzaba en la identificación de alternativas de solución y la definición de compromisos de cada entidad. La estrategia se ha constituido

en un referente de concertación y búsqueda de soluciones frente a los principales problemas de acceso a los servicios de salud, en particular para los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad como población víctima de desplazamiento forzado, adultos mayores, niñez y juventud, personas con discapacidad, personas en situación de calle, indígenas y población privada de la libertad. Con estas actividades se incide en la toma de decisiones y acciones de entes públicos y privados del sector salud por medio de la difusión de evidencias de las barreras de acceso y la formulación de alternativas de solución.

2.4 Acompañamiento a Veedurías Ciudadanas

El origen de la estrategia de Acompañamiento a Veedurías en Salud se remite al año 2010, cuando en el marco de los encuentros liderados por el Observatorio, junto con otras autoridades que intervienen en la protección del derecho a la salud, se evidenció la necesidad de fortalecer el ejercicio de inspección, vigilancia y control en la prestación de los servicios de salud. Se identificó que esta necesidad se daba no solo desde las autoridades públicas sino también desde la participación ciudadana, especialmente por medio de mecanismos legales como las veedurías ciudadanas, asociaciones o ligas de usuarios de salud y comités de participación ciudadana en salud. La estrategia pretende acompañar y fortalecer a las veedurías ciudadanas en salud, entendiéndose estas como un aliado en la defensa del derecho fundamental a la salud.

El observatorio ha contribuido en la formación y capacitación a los veedores ciudadanos en temas jurídicos y de salud, con la finalidad de cualificar el ejercicio de las veedurías en el efectivo control social para la protección del interés público en la salud. A la par, se ha promovido y posicionado la importancia de la participación ciudadana en el sistema de salud. Con esta estrategia se realiza un acompañamiento y una capacitación

mensuales respecto al ejercicio de la veeduría ciudadana, y se hace seguimiento a casos especiales. Se han presentado dificultades respecto a las relaciones de grupo entre los veedores. Pero frente a esto el Observatorio ha asumido una posición de mediador, posibilitando la continuidad de los grupos de veedores y de los procesos de formación. Por medio de esta estrategia se ha logrado la consolidación de grupos de veedurías en salud con una mayor apropiación de sus competencias y un mejor ejercicio para la defensa del derecho fundamental a la salud.

2.5 Visitas de verificación de derechos en salud en servicios de urgencias y farmacias

Una de las primeras estrategias que desarrolló el ODFS fue las visitas de verificación de derecho en salud en las urgencias hospitalarias y en las farmacias dispensadoras de medicamentos que realizan su actividad en la ciudad de Medellín. Para cada semestre del año se realizan cuarenta visitas a diferentes instituciones de manera aleatoria, en las cuales se recaba información administrativa e indicadores de desempeño y uso, y los funcionarios del ODFS presencian y reportan hechos puntuales al momento de la atención. Por ejemplo, se reporta la situación de los pacientes en las salas de espera, tiempo de espera, capacidad del establecimiento, resolutivez, entre otros.

Las visitas han permitido constatar, de primera mano, la vulneración de derechos a los usuarios, relacionadas con las demoras en la atención, las barreras de acceso y el incumplimiento en la prestación de los servicios requeridos. Como resultado de las visitas de verificación, el ODFS ha emitido comunicados a los diferentes entes gubernamentales encargados de la rectoría del sistema de salud, dando a conocer los hallazgos y solicitando que se implementen medidas para dar solución a las problemáticas identificadas. En esa dirección, las visitas de verificación han jugado un papel importante en la autoevaluación y la sensibilización

de las instituciones prestadoras y los profesionales de la salud en cuanto a la humanización de la atención en salud. Las dificultades de la estrategia tienen que ver con la mejora de aspectos como la falta de disposición del personal de las entidades, y la sensación de que las acciones correctivas aplicadas después de la visita no se mantienen en el tiempo.

2.6 Recolección de peticiones, quejas, reclamos y sugerencia -PQRS- en instituciones prestadoras de salud en Medellín

El objetivo es monitorear la prestación de los servicios de salud en la ciudad de Medellín, y para ello se instalaron buzones en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad, pertenecientes a la red pública y privada. Las primeras instalaciones se realizaron en el 2009, inicialmente con 13 buzones; para el año 2010 ya se contaban 21 puntos ubicados en la red de atención de la ESE Metrosalud, algunas instituciones privadas, en unidades deportivas del Instituto de Recreación y Deporte de la ciudad y algunos parques y biblioteca de la ciudad.

En el 2013 se dejó de implementar la estrategia en algunas unidades e instituciones como bibliotecas y unidades deportivas, por bajos resultados, quedando así 16 entidades con buzones en funcionamiento. En el 2018 y 2019 el número de buzones activos pasó a 12, los cuales están ubicados preferentemente en hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad. La revisión de buzones es realizada cada quince días, efectuando sensibilización y orientación a usuarios que se encuentran en las salas de espera, y realizando el seguimiento y monitoreo periódico a las quejas y reclamaciones de los usuarios. Las PQRS se han sistematizado y presentado ante el Concejo Municipal y la Alcaldía.

Un aspecto importante en la implementación de esta estrategia es la acogida por parte de los usuarios quienes ven en ella una posibilidad de acceder a los diferentes servicios y obtener mejoras en la prestación de los servicios en aspectos como la

accesibilidad, oportunidad, calidad y continuidad en la prestación de estos, minimizando así la vulneración de sus derechos.

3. Estrategias en el eje de redes sociales en salud

Las estrategias del eje de redes sociales en salud buscan promover la participación social para la incidencia y la protección del goce y acceso efectivo del derecho fundamental a la salud. Esto se busca por medio de estrategias de acompañamiento y formación a ciudadanos, y uno de sus objetivos es que las organizaciones y comunidades se empoderen en el reconocimiento y uso de herramientas para la defensa de sus derechos, la participación en las decisiones en salud y la posibilidad de exigibilidad.

3.1. Brigadas socio jurídicas, ambientales y de salud

Una primera versión de las brigadas se realizó durante el año 2010, se llevó a cabo en algunos parques y bibliotecas de la ciudad. Para el 2011, la estrategia se renovó y precisó su objetivo en relación con acercar la oferta de servicios de entidades gubernamentales y de la administración municipal a comunidades vulneradas de territorios precarizados de la ciudad. Se buscaba con esto facilitar el acceso a rutas de atención a servicios sociales.

La estrategia se coordinaba con líderes comunitarios de los territorios donde se realizaría la brigada; los aspectos logísticos eran planificados de manera conjunta. Entre 2011 y 2016 se realizó un trabajo mancomunado con diferentes entidades de la municipalidad: Planeación Municipal, Unidad para la Atención y Reparación Integral de Víctimas, Empresas Públicas de Medellín, Secretaría de Medio Ambiente, Instituto de Recreación y Deportes, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Empresa Social del Estado, Hospital General de Medellín, Metrosalud, entre otras. En el desarrollo de la actividad se organizaban diferentes puestos o stands en los cuales las entidades participantes promocionaban sus servicios y atendían a las comunidades. En esta etapa la mayor dificultad fue la escasez de recursos económicos

y logísticos. Sin embargo, el liderazgo de la Personería, a través del ODFS, logró la movilización y acercamiento de las ofertas de la institucionalidad hacia la población de territorios de alta exclusión social, generando rutas de acceso y eliminando las barreras a las que se enfrentaban las comunidades.

A mediados del año 2016, la estrategia pasó a ser coordinada por el área de comunicaciones de la Personería de Medellín y cambió su denominación a “Personatón”, transformándose en un proceso macro institucional y con presupuesto propio. El ODFS dejó de tener influencia directa sobre la actividad y ha participado mediante espacios de asesoría a personas que demandan una orientación específica.

3.2 Momentos de verdad en salud

Se trata de una actividad de asesoría, formación y seguimiento a ciudadanos con enfermedades de alta complejidad terapéutica y víctimas de violencias, la cual busca identificar barreras de acceso al sistema general de seguridad social en salud y generar capacidades para la exigibilidad de derechos de estas poblaciones. Se realiza desde el 2010 por medio de encuentros mensuales y se lleva a cabo en coordinación con la Fundación Nacional de Trasplantados. Esta estrategia se ha trabajado con pacientes con enfermedades de alta complejidad terapéutica, especialmente trasplantados, personas con cáncer y VIH. Un equipo de profesionales trabaja alrededor de temas de interés como: movilidad, portabilidad, afiliación, derechos y deberes, cuotas moderadoras y copagos. Se identifican las barreras de acceso de los participantes y se realiza seguimiento a cada uno de sus casos; si se considera necesario, se envían comunicaciones a las EPS para que tengan conocimiento de estos y se eliminen las barreras.

Algo similar ocurre con la actividad de acompañamientos a los Centros de Atención a Víctimas –CAV–. Desde el año 2011 el ODFS generó una ruta de atención en salud, en la cual se

daba un paso a paso para orientar y facilitar el acceso a servicios de salud por parte de víctimas de violencias. A partir del 2014, el acompañamiento se realizó a la luz de la Ley 1448 de 2011, conocida también como Ley de víctimas. En esta se establecen doce hechos victimizantes y a partir de ellos se definieron las rutas a seguir para la exigibilidad de sus derechos; a partir de 2015, el referente orientador fue la Ley Estatutaria de la salud.

El principal logro de la estrategia ha sido el empoderamiento de pacientes de enfermedades de alta complejidad terapéutica y víctimas de violencias, así como la reducción de barreras de acceso para la atención de sus necesidades particulares de salud. La mayor dificultad es la poca gestión de espacios para realizar la actividad.

3.3 Acompañamiento a ligas de usuarios

Con esta estrategia de acompañamiento se pretende facilitar la relación entre instituciones prestadoras, aseguradoras y organizaciones de usuarios, a la vez que fortalecer las capacidades de dichas organizaciones en el ejercicio de control y seguimiento a problemáticas relacionadas con la garantía y protección del derecho fundamental a la salud. Se realizan cuatro encuentros en el mes en los que participan las ligas o alianzas de usuarios de las IPS y EPS.

Con la estrategia de acompañamiento a las ligas de usuarios, el ODFS ha habilitado un espacio de asesoría y cualificación en asuntos relativos a la reglamentación de la participación en salud y ha servido como mediador de controversias entre los usuarios y las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. De manera regular, se han realizado entrevistas grupales para compartir experiencias personales de los usuarios, discutir sobre temas de interés y analizar la situación de las organizaciones. La mayor dificultad identificada es la orientación que le han dado las EPS e IPS al espacio, pues estas realizan procesos

de capacitación, pero poco trabajan en relación con el fortalecimiento de las capacidades organizativas de los usuarios para velar por el mejoramiento y calidad de la atención en salud.

3.4 Espacios académicos y formativos (cátedras, seminarios, diplomados y semilleros)

En aras de cualificar los actores sociales y construir una cultura favorable al disfrute integral del derecho a la salud, el ODFS ha viabilizado un variado y sostenido conjunto de procesos académicos y formativos, y lo ha realizado en estrecha relación con instituciones de educación superior, organizaciones sociales e instituciones gubernamentales. En algunos casos ha liderado su creación e implementación, en otros, ha apoyado decididamente su desarrollo.

Desde el 2010 ha realizado el Seminario de Actualización en Salud con el apoyo de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, promoviendo la reflexión en torno a la ley y la jurisprudencia relacionadas con el derecho fundamental de la salud. Además, el ODFS ejecutó el Seminario Social Internacional, dirigido a profesionales y a veedores con el fin de reflexionar sobre los componentes claves de una política pública en salud. Se realizó un énfasis especial en el tema de medicamentos, con el apoyo de la Facultad de Química Farmacéutica de la Universidad de Antioquia. Con el paso del tiempo la continuidad de los seminarios se vio comprometida por falta de presupuesto.

Entre 2012 y 2014 se realizó el Diplomado en Derechos Humanos y Sistema General de Seguridad Social, desarrollado en conjunto con la Facultad de Derecho de la Universidad de Antioquia. En este participaron personeros del área metropolitana, funcionarios de la Personería de Medellín y Contralorías, jueces, personal de las Empresas Sociales del Estado, y de otras IPS y EPS, veedores en salud, miembros de Copacos, ligas y alianzas de usuarios. La versión del 2013 se enfocó en las redes integrales

de servicios de salud buscando favorecer la reflexión sobre las formas de organización y gestión del cuidado integral de la salud.

La Cátedra Abierta en Seguridad Social fue una iniciativa que surgió en 2010 desde la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia, la cual pretende generar un espacio público permanente de reflexión académica y social alrededor del Sistema General de Seguridad Social. La cátedra se ha mantenido hasta la actualidad, articulando nuevas instituciones que la auspician como las Facultades de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Antioquia, además de la Personería de Medellín a través del ODFS. En 2014 se creó el semillero de seguridad social, adscrito a un grupo de investigación de la Facultad de Derecho de la Universidad de Antioquia, al cual se vinculan estudiantes universitarios, veedores en salud, sociedad civil en general y la Personería a través del ODFS. El semillero funcionó hasta el 2016 de forma paralela con la cátedra de seguridad social; ambos eventos liderados por el profesor Jaime Gañán Echavarría y el acompañamiento del Observatorio.

3.5 Visibilización del Observatorio

La visibilización del ODFS está presente en todas las actividades desarrolladas y busca promocionar la importancia de las diferentes estrategias implementadas para fortalecer la exigibilidad del derecho a la salud. El ODFS participa en la Red de Observatorios de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario de Colombia, Nodo Antioquia, que está integrado por el Observatorio de Inclusión y Equidad del Municipio de la Estrella, Observatorio de Inclusión y Equidad para la Mujer del Municipio de Itagüí, Observatorio de Asuntos de Mujer y Género de la Secretaría de las Mujeres de la Gobernación de Antioquia, Observatorio del Delito de la Seccional de Investigación Judicial, Dijin, adscrita a la Dirección de Investigación Judicial de la Policía Nacional-, Observatorio del Delito de la Policía Nacional,

Observatorio a la Gestión Pública Social, Derechos Humanos y Democracia Participativa de la Sociedad Civil, Observatorio de Derechos Humanos de la Gobernación de Antioquia, el Observatorio de Participación Ciudadana de la Personería de Medellín, Observatorio de Asuntos de Género de la Universidad Remington y el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín. Desde octubre de 2018 el ODFS asume el liderazgo del espacio por designación de los participantes.

En el 2018 se lideró la elaboración del reporte de Derechos Humanos de Antioquia, el cual fue acerca de las violencias sexuales y delitos que atentan contra la libertad, integridad y formación sexual en el departamento. La elaboración del informe contó con la participación de practicantes de la estrategia Estado Joven. Desde el 2009 se dispone de una página web para la difusión de las actividades desarrolladas en el marco de la defensa del derecho fundamental a la salud en la ciudad; allí se difunden los análisis producidos por el Observatorio. Desde 2017 la Personería es pionera en la implementación de acciones de tutelas en salud en línea, donde el usuario puede consultar el estado del trámite.

3.6 Cine foro: Derechos y Deberes

Desde el 2010 se realiza con periodicidad mensual una actividad llamada Cine foro: Derechos y Deberes, un espacio en el cual se busca sensibilizar sobre los derechos y deberes en salud con un marcado énfasis en los determinantes sociales. El cine foro está dirigido a integrantes de las asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, Comité de Participación Comunitaria y población en general. Luego de la proyección del audiovisual se realiza un conversatorio con los asistentes acerca del tema abordado. El cine foro se realizan en diferentes espacios de la ciudad, como los parques, bibliotecas, instituciones educativas, auditorios de diferentes sedes de la Empresa Social del Estado, Metrosalud y en espacios de la asociación de usuarios de esta institución.

Balance preliminar. A modo de conclusión

El trabajo articulado, dialógico y participativo durante la primera década de existencia del ODFS ha generado un impacto positivo en la protección y goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población que habita la ciudad de Medellín. El Observatorio se ha posicionado como un referente y una experiencia singular e innovadora para Colombia, facilitando el diálogo entre los actores del sistema de salud y demostrando una importante capacidad para monitorear, vigilar e incidir positivamente en el goce efectivo del derecho a la salud para los ciudadanos de Medellín.

La complementariedad y continuidad de las estrategias implementadas por el ODFS pueden explicar la diferencia en la tendencia de la acción de tutela en salud que se presenta en el comportamiento del país y de Medellín: mientras en lo nacional la tendencia es ascendente de manera ininterrumpida a lo largo de los años de implementación de la reforma, en la ciudad la tendencia es descendente y se ha estabilizado en los últimos tres años –posterior a la Ley Estatutaria de la salud–.

El contacto y acompañamiento permanente a organizaciones de usuarios y ciudadanos pacientes, la interlocución y seguimiento a las aseguradoras y prestadores de servicios de salud de la ciudad, así como el desarrollo de mecanismos sostenidos de vigilancia y control que involucran al conjunto de instituciones del Ministerio Público, pueden ser la clave explicativa del comportamiento particular de las tutelas de salud en la ciudad. Los hallazgos de este análisis respaldan esta hipótesis. Aunque se sugiere complementar y profundizar con nuevos estudios.

El ODFS se ha convertido en un patrimonio de la ciudad, en tanto actor principal de la protección y de la gestión del conocimiento para la garantía del derecho fundamental en Colombia. Los principales logros se podrían sintetizar en los siguientes aspectos:

- **Un actor principal de la protección y defensa del derecho a la salud en Colombia.**

El trabajo sostenido del Observatorio a lo largo de diez años lo ha posicionado y legitimado como un actor protagónico de la defensa y

protección del derecho a la salud en la ciudad y el país. En diferentes espacios y momentos, el Observatorio ha sido invitado y ha expuesto sus análisis como insumos relevantes de la discusión nacional, siendo un ejemplo su presencia en la Corte Constitucional. Las reflexiones del Observatorio son un referente clave en los procesos sociales de defensa y construcción del derecho a la salud en la ciudad y el país, y goza de reconocimiento internacional, a través de varias estrategias en la defensa del derecho fundamental. Este reconocimiento social y el liderazgo ejercido le ha permitido al Observatorio estar presente y aportar en la realización de análisis de las reformas a la salud y en la generación de aportes en proyectos de modificación de la normatividad que regula el sistema de salud de cara a fortalecer su capacidad de garantizar el derecho fundamental a la salud.

- **Un fortalecido ejercicio de la inspección, la vigilancia y el control a la salud y su goce efectivo.**

La Personería de Medellín a través del Observatorio suscribió un convenio interadministrativo con la Superintendencia Nacional de Salud para liderar en el departamento una novedosa estrategia de vigilancia y control del acceso y atención en salud, como condición de la materialización del derecho fundamental. Dicho proceso ha logrado articular de manera efectiva a los actores de la rectoría, de la inspección y vigilancia, y del propio Ministerio Público encargado de las funciones de control. Este ha sido un ejercicio de alta efectividad en la concreción de respuestas a las barreras identificadas, algo poco usual en las dinámicas existentes del sistema de salud. El ejercicio del Observatorio ha logrado acercar a los actores de la vigilancia y el control a la realidad del sistema de salud: la de los prestadores, aseguradores y especialmente a la experiencia de los ciudadanos que usan los servicios de salud.

- **Un facilitador del diálogo y la articulación entre instituciones y la ciudadanía.**

A pesar del contexto de alta fragmentación y de la desconfianza generalizada que existe entre los actores del sistema de salud

colombiano, debido en parte a la crisis no resuelta en la cual producen sus interacciones, el Observatorio ha generado un entramado de relaciones que ha favorecido la realización de diálogos sociales y procesos de articulación interinstitucional que han puesto en el centro a los derechos de las personas que habitan la ciudad. Las múltiples, variadas y sostenidas estrategias del Observatorio han propiciado la convergencia e interacción de los diferentes actores del sistema, con lo cual ha favorecido la realización de acciones conjuntas en pro de la defensa y materialización del derecho a la salud.

A partir de dichas estrategias, el Observatorio ha propiciado un diálogo permanente en torno a las políticas de salud y las situaciones que obstaculizan el disfrute del derecho a la salud en la ciudad y el departamento. Esto le ha merecido el reconocimiento, por parte de los actores del sistema de salud en la ciudad, como un organismo con un alto poder de influencia a favor de la protección del derecho a la salud de los habitantes de la ciudad y del departamento: “el Observatorio se establece como la voz de la ciudadanía y refleja claramente la realidad de nuestro sistema de salud” (EG02)¹.

El accionar del Observatorio se ha caracterizado por un trabajo en el que despliega una articulación de la díada problemática-solución, a partir de la activación de análisis conjuntos entre actores involucrados en las situaciones problema y de procesos de cogestión de soluciones; en esto radica una parte importante del reconocimiento del que goza y de la alta efectividad que posee su trabajo. Esta modalidad de trabajo, que desde el principio a propiciado el diálogo, la gestión cooperativa y la articulación, ha acaecido la transformación positiva de cientos de experiencias personales de ciudadanos con el sistema de salud. Esto se ha dado en clave de empoderamiento social y materialización efectiva del derecho a la salud: “el acercamiento de los actores ha sido un acercamiento muy bonito, yo recuerdo que

1 Entrevista EG02. Jaime León Gañan Ruíz. Grupo focal, 28 de mayo de 2019.

todos éramos amigos a pesar de las diferencias ideológicas, eso lo construyó la sinergia del Observatorio” (EG02). Así mismo la comunidad que ha tenido acercamiento con el Observatorio ha reconocido que “el trabajo emprendido ha permitido articular a todos los actores del sistema teniendo en cuenta el actor más importante y por el que todos luchamos y trabajamos que es el usuario” (EG02). Así mismo han señalado que: “el que hayamos conversado abogados y médicos juntos, enfermeras, con quienes están en la red de control, el que hayamos entendido cómo se vigila, eso solo es un ejercicio de impacto tremendo porque permite el diálogo abierto y tranquilo no solo por la norma sino por convencimiento [...] El Observatorio ha generado un proceso de maduración de actores del sistema frente a un asunto que los reta permanentemente” (EG02).

- **Un instrumento de gestión del conocimiento para la garantía del derecho fundamental a la salud.**

A pesar de ser una experiencia nueva y sin antecedentes en el país, el Observatorio ha desarrollado un proceso sistemático y sostenido de generación, divulgación y apropiación social de conocimiento a favor de la defensa y garantía del derecho a la salud de la gente. Las principales estrategias para ello han sido la producción de informes anuales, la realización de eventos académicos, el desarrollo de procesos de formación ciudadana y de múltiples investigaciones realizadas en colaboración con varios grupos de investigación de Universidades de la ciudad.

El conocimiento generado por el Observatorio ha sido un insumo de alta relevancia para entender mejor lo que sucede con la garantía del derecho a la salud dentro del sistema, constituyendo un punto de referencia y fuente de información oficial de obligada consulta nacional. A su vez, ha sabido permanecer en el tiempo y trascender las dinámicas propias de la política de cambios de gobierno municipal y mantenerse vigente, poniendo en juego un conjunto diverso de estrategias, en un contexto de sistema de salud altamente dinámico y contradictorio. La

combinación de construcción conjunta entre diversas instituciones, el compromiso y liderazgo en su conducción, y la continuidad de las estrategias han sido aspectos clave de su éxito. Así como lo enfatizan algunos de los participantes de los grupos focales: “El principal logro del Observatorio es que aún está vivo y vigente. [...] El liderazgo del Observatorio debe continuar reflejando el sentir de la ciudadanía, es y debe seguir siendo el Observatorio de la ciudad.” (EG02-).

Para terminar, debemos reconocer que el trabajo del Observatorio ha producido un alto impacto en el empoderamiento social, particularmente de tipo cognitivo, siendo considerado un promotor de la idea del derecho fundamental a la salud, un referente de su defensa y protección, y un difusor de la cuestión doctrinal y progresista de la salud en la ciudad y el país. En sí mismo, el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud constituye una innovación social gestada en la ciudad, que, con perspectiva nacional, ha favorecido la materialización de este derecho en la población.

Ahora bien, un reto principal del Observatorio en el futuro inmediato será la construcción de un mecanismo que asegure su continuidad y existencia más allá de los avatares políticos, que viabilice los recursos necesarios para garantizar su funcionamiento regular y el crecimiento derivado de los aprendizajes logrados. Para una nueva etapa de su consolidación será fundamental poner en juego un proceso de comunicación y divulgación fortalecido, de cara a potenciar los procesos de apropiación ciudadana del conocimiento generado y de los resultados y aprendizajes logrados. Los tomadores de decisiones políticas de la ciudad disponen de un acervo de conocimientos y saberes específicos y contextualizados, a los cuales se puede acceder a través del Observatorio. Por ello consideramos que estos conocimientos y saberes tendrían que ser incorporados a las políticas públicas de la ciudad, de cara a fortalecerlas en su capacidad de ofrecer los medios y condiciones para la garantía del derecho a la salud con criterios de universalidad, equidad e integralidad.

Bibliografía

- Abadía, C., & Oviedo, D. (2009). "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems". En *Social Science & Medicine*, 68(6). (pp. 1153–1160). Holanda: Elsevier.
- Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760. Bogotá. [MP. Manuel José Cepeda]
- Echeverry-López, M. (ed). (2013). *Indignación Justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín*. Medellín: Hombre Nuevo Editores.
- Franco A. (2003). "Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma a la salud y seguridad social en Colombia". En *Gerencia y Políticas de Salud*, 2(4). (pp. 58–69.) Bogotá: Universidad Javeriana.
- Guerra, D., Preciado, H., Maldonado, J., Gómez, R., Gañan, J., Martínez, E. & Zapata, Z. (2011). *Experiencias y lecciones de un Observatorio de Salud en Colombia*. Medellín: La Carreta Editores.
- Personería de Medellín & Universidad de Antioquia. (2009). Proyecto diseño y puesta en marcha del Observatorio por el derecho a la salud de la Personería de Medellín. Medellín: Personería de Medellín.
- Procuraduría General de la Nación. (2008). *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en materia de quejas en salud*. Bogotá D.C.: Procuraduría General de la Nación y Dejusticia.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2011). Circular externa 007 por medio de la cual se conforma la red de controladores del sector salud. Colombia: Superintendencia Nacional de Salud.
- Torres-Tovar, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: CINEP.

LA ACCIÓN DE TUTELA
POR EL DERECHO A LA SALUD
EN MEDELLÍN. TENDENCIA
Y APROXIMACIÓN GENERAL
A LAS TUTELAS EN SALUD
COGESTIONADAS POR LA CIUDADANÍA
EN LA PERSONERÍA DE MEDELLÍN
ENTRE 2008 Y 2018

Gabriel Jaime Otálvaro Castro; Daniel Felipe Patiño Lugo;
Diana Patricia Guerra Mazo; Víctor Stephen González Quintero;
Claudia Ortega Dávila; Valentina Espinosa Ruiz

La reforma del sistema de salud y la tutela
en Colombia. Una breve contextualización

La reforma del sistema de salud colombiano de 1993 se inscribió en un doble movimiento histórico. El primero fue la reforma estructural del Estado, que tuvo lugar en el país desde los años 80 y se extendió hasta iniciado el siglo XXI. El segundo fue el proceso de reforma constitucional que tuvo lugar en 1991, un momento de reorganización de las fuerzas políticas, en un período de alta inestabilidad social y política en el país

(Hernández, 2000; Kalmanovitz, 2010; Vega, Eslava, Arrubla & Hernández, 2012). La reforma a la salud acogió las prescripciones globales del proyecto neoliberal para la reforma de los estados y se adecuó a las condiciones particulares del escenario político nacional. La reforma colombiana se delineó según el modelo del pluralismo estructurado, (Londoño y Frenk, 1997), con el que se configuró un nuevo mercado alrededor de la salud. En esta reforma, como bien lo estudia Hernández (2003), se expresó la confrontación de fuerzas sociales y políticas con sus respectivos acumulados e intereses históricos. Al valorar los resultados obtenidos entonces se impuso la doctrina del Banco Mundial (Banco Mundial, 1993).

La reforma acogió un conjunto de postulados y premisas que, aunque no constituyen evidencias históricas empíricas, fueron usadas como si las tuvieran y se impusieron a fuerza de repetición, producto de la circulación por ámbitos académicos e institucionales a nivel global; por lo que cumplieron de esa forma una función ideológica. Lo que se agenció tras dicho discurso fue la legitimación de la atención en salud como actividad económica privada y nuevo ámbito de acumulación del capitalismo global, esto, según Laurell (1994), requirió la destrucción de la idea de derechos sociales como condición de su privatización y mercantilización. Así se dio, en palabras de Echeverri (2008), una incorporación de la salud como mercancía a la fuerza, mediante la obligatoriedad del aseguramiento.

Las premisas se podrían sintetizar así: i) la salud es un bien privado, por lo que el Estado solo debería ocuparse de los problemas de salud cuando los privados no quieren o pueden resolverlos; ii) el sector público es ineficiente y frecuentemente inequitativo –debido a las diferencias de poder y presión sobre el Gobierno de los distintos grupos–, mientras que el sector privado es eficiente y más equitativo ya que obedece a la competencia y elección libre en el mercado; iii) los recursos públicos para salud son y serán escasos; iv) la salud es un valor económico y el ser humano un agente regido por la racionalidad del cálculo costo-beneficio; y v) el aumento de la diversidad y de la competencia supone un aumento

de calidad y eficiencia. En la experiencia colombiana, todas estas premisas han sido reiteradamente desvirtuadas y con ello han puesto en evidencia la función ideológica que han cumplido.

Desde este marco ideológico se sustentó la distribución de los roles y responsabilidades que se le atribuyeron al Estado, a los actores privados y a los ciudadanos. Un mercado creado para que los privados gestionaran los recursos de la salud y produjeran transacciones en torno a la atención a la enfermedad. Mientras tanto, el Estado mantendría un rol en la provisión de servicios de salud pública y se concentraría en las funciones de rectoría, modulación e inspección, vigilancia y control del nuevo mercado. Para que este nuevo arreglo funcionara sería necesario garantizar la estabilidad del mercado y asegurar la demanda, mediante el aseguramiento obligatorio; así como con la discriminación entre lo rentable y no rentable, mediante el establecimiento de planes de beneficios (Hernández, 2000). Con estos dos mecanismos se introducen las aseguradoras como representantes de los usuarios, con un papel de intermediación entre el Estado y el mercado –conocida como la teoría del principal agente–. Con esto, estarían creadas las condiciones para la privatización de la salud y la apertura de este nuevo espacio de acumulación al capital financiero nacional e internacional, especialmente en el ámbito de la administración del aseguramiento y del complejo médico industrial (producción de medicamentos, tecnología, servicios especializados).

El nuevo arreglo institucional que produjo la reforma, se caracterizó por seis principales acciones, como bien lo anotan Laurell & Ronquillo (2010). Estas fueron: i) la separación de funciones y definición de responsabilidades en la administración y el aseguramiento; ii) un híbrido en la participación de actores públicos y privados en ambas funciones, compitiendo por la “calidad y la eficiencia”; iii) el aseguramiento universal como base para garantizar la estabilidad de los flujos financieros; iv) la clasificación, focalización y asignación de subsidios a los pobres, como mecanismo de incorporación al mercado –esto implicó una profunda transformación del principal mecanismo de financiación de las instituciones

públicas, que pasaron de recibir los recursos de forma directa (el llamado subsidio a la oferta), y desde entonces compiten por los recursos con otros prestadores que administran los aseguradores (el llamado subsidio a la demanda)-; v) la definición de contenidos de los servicios, el establecimiento de su costo y precio de transacción para facilitar la negociación sobre lo rentable (los planes de beneficios); y vi) la definición de responsabilidades en la provisión de servicios, abierto tanto para instituciones públicas como privadas. Sobre el último punto vale anotar que para las instituciones públicas implicó la reestructuración laboral para flexibilizar la fuerza de trabajo y ser competitivas, así como el cambio en el mecanismo de financiación institucional (la búsqueda de contratos de los subsidios a la demanda que poseen las aseguradoras); también conllevó la autonomización, lo que significó la transformación de las instituciones bajo la lógica empresarial de la atención gerenciada.

Como bien exponen De Groote, De Paepe & Unger (2007), el resultado de la reforma a la salud en Colombia ha asistido la mercantilización de la salud, y con ello ha consolidado un nuevo mercado para la acumulación de capital; provocando así desigualdad, discriminación y exclusión. Esto se tradujo, según Franco (2003) y Echeverri (2008), en la frustración y reacción social de rechazo generalizado, el cual ha sido de sobra documentado en la literatura científica del campo de la salud –como lo son Homedes & Ugalde (2005); Molina & Ramírez (2013); Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, y Corporación Grupo Guillermo Fergusson (2006), entre otros–, en los medios de comunicación y por los mismos entes de control y las instituciones del Ministerio Público.

Desde la incorporación de la acción de tutela en el sistema jurídico colombiano hasta el año 2018, los ciudadanos han presentado más de siete millones de estos recursos ante los diferentes juzgados, tribunales y cortes para demandar la protección de sus derechos fundamentales. Lo anterior expone un rasgo relevante de la experiencia de los ciudadanos en la exigibilidad de sus derechos, situación que ha producido a su vez una problemática congestión de las instancias judiciales (Defensoría del Pueblo, 2018).

La tendencia de las tutelas de salud en el país tiene un comportamiento en creciente progresivo, como lo muestra la figura 1.

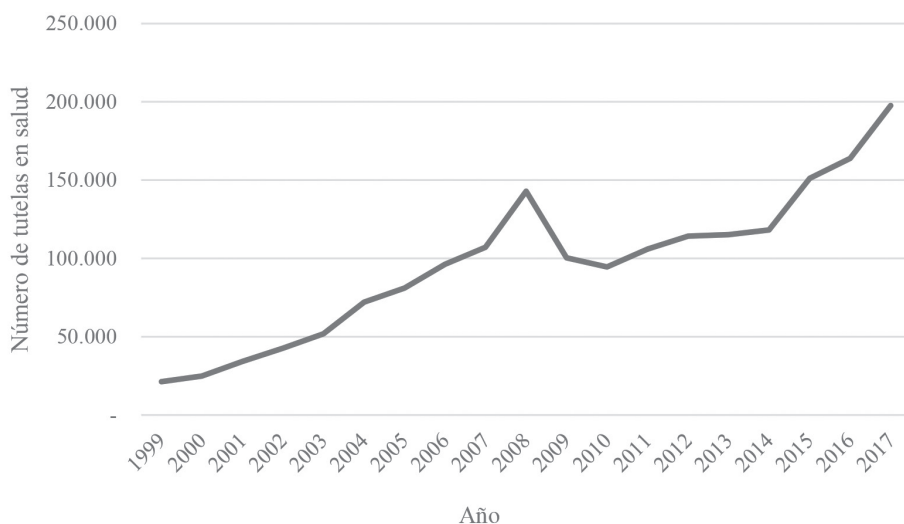


Figura 1. Evolución de las tutelas de salud en Colombia 1999-2017.

Fuente: Informe Tutelas Colombia 2017, Defensoría del Pueblo 2018. Cálculos: Elaboración propia.

En las dos últimas décadas, solo durante dos años (2009 y 2010), las tutelas de salud tuvieron un comportamiento decreciente respecto del año inmediatamente anterior. Además de la tendencia creciente, dos aspectos llaman la atención: el pico del año 2008 que motivó la Sentencia T-760/2008 de la Corte Constitucional, con la cual se abrió paso al reconocimiento del carácter fundamental del derecho a la salud y que ordenó al ejecutivo una serie de transformaciones al sistema de salud que se darán en los años posteriores. También llama la atención el aumento de la pendiente en la tendencia de las tutelas en salud posterior a la promulgación de la Ley Estatutaria de la salud del 2015; los años posteriores a dicha ley han batido los récords precedentes. Lo anterior es una situación paradójica que expone el fracaso de la direccionalidad de las medidas de ajuste del sistema de salud tomadas desde el ejecutivo. Incluso pareciera ser que las medidas adoptadas por el Gobierno, como el Modelo Integral

de Atención en Salud (MIAS), la liquidación de Cafesalud y la implementación del Mipres², no solo no han tenido los efectos esperados, sino por el contrario, como ha reportado la Defensoría del Pueblo (2018), dichas medidas han aumentado la necesidad de la ciudadanía de acudir a las instancias judiciales para resolver la vulneración del derecho a la salud.

La acción de tutela ha sido señalada como uno de los más significativos avances democráticos que produjo la Constitución Política de 1991 al materializar la eficacia de los derechos constitucionales en el día a día de los ciudadanos del país; aun así, como lo anota Carrera (2011), se ha generado una resistencia política y frecuentes enfrentamientos de la rama ejecutiva con las instancias judiciales. El caso más nítido de esto se produjo en el trámite de control constitucional del proyecto de Ley Estatutaria de la salud efectuado por la Corte Constitucional y que modificó el sentido y alcance de la propuesta presentada originalmente por el ejecutivo y tramitada por el legislativo (Corte Constitucional, 2014; Redacción Salud, 2014; Revista Semana, 2014; Rodríguez, 2014; Torres-Tovar, 2014).

Tal como lo refiere la Unidad de Tutela de la Corte Constitucional (2018) y el último informe publicado por la Defensoría del Pueblo, de las 607.499 tutelas interpuestas en el año 2017, el 32.5%, equivalente a 197.655 tutelas, corresponden a vulneraciones del derecho fundamental a la salud. Esto lo constituye como el segundo derecho más invocado en el país, después del derecho de petición, y reflejando un incremento del 20.5% en relación con el año 2016. Este había sido el año que registró la frecuencia más alta de tutelas en salud desde el año 1992 e incluso mayor al promedio de crecimiento de las tutelas por todo tipo en el país, donde cada 2.7 minutos se interpone una acción invocando el derecho a la salud.

Cabe resaltar que los fallos de los jueces en primera instancia favorecieron en un 85.6% los requerimientos de servicios de salud de los

2 **Mipres** es el aplicativo en línea desarrollado por la cartera de Salud para que los profesionales de la salud prescriban medicamentos que no pueden ser pagados a través de la unidad de pago por capitación (UPC); es decir, lo que solía llamarse No-POS.

ciudadanos, lo que indica el alto nivel de pertinencia y procedencia de la acción de tutela para acceder al derecho fundamental a la salud. Por otro lado, desde el año 2017 la Defensoría ha hecho un llamado a interpretar con cautela las estadísticas presentadas, puesto que, si se consideran las acciones registradas en derechos de petición y derechos a la seguridad social interpuestas por muchos otros usuarios, así como las tutelas negadas por hecho superado o por muerte del accionante, las cifras por reclamaciones a la vulneración del derecho a la salud podrían ser más altas.

Los medicamentos se ubican como la solicitud más recurrente en las tutelas que invocan el derecho a la salud en el país, representando para el año 2017 el crecimiento porcentual más alto del período con un 21.61% (97.023) del total de tutelas. Estas se han visto seguidas por las impuestas por tratamientos con un 21.43% (96.196 tutelas), citas médicas 13.43% (60.272 tutelas), otras relacionadas con el sistema 10.85% (48.687 tutelas), cirugías 9.20% (41.284 tutelas); el porcentaje de solicitudes restantes se distribuyó entre prótesis, ortesis e insumos médicos, imágenes diagnósticas, exámenes diagnósticos, procedimientos y otras solicitudes (Defensoría del Pueblo, 2018). En esta misma vía, las solicitudes más requeridas por los tutelantes en los regímenes contributivo y subsidiado fueron medicamentos y tratamientos respectivamente; mientras que las especialidades relacionadas, según el diagnóstico reportado en cada una de las tutelas a nivel nacional, situaron a neurología como la especialidad más invocada, seguida de ortopedia, oncología, urología y oftalmología, por solo nombrar las cinco más frecuentes.

Antioquia ha sido el departamento con mayor participación de tutelas que invoca el derecho fundamental a la salud en el país, con un 21.1% (41.657 tutelas) del total de estas acciones constitucionales, lo que representa una tasa de 62.9 tutelas por cada 10.000 habitantes en el 2017; superior al promedio nacional. Invocando el derecho a la salud, 120 municipios del departamento instauraron por lo menos una tutela; Medellín es el municipio con mayor número de tutelas interpuestas, lo que representa el 46.9% del total departamental.

Algunas explicaciones de entidades del Ministerio Público indican que el comportamiento de las tutelas en Antioquia y su capital pueden deberse a iniciativas de la Personería de Medellín, que a través de herramientas tecnológicas permite la elaboración de tutelas de manera virtual. Para algunos, estas iniciativas descentralizan trámites que generan mayor universalidad en la exigibilidad por posibles vulneraciones al derecho fundamental a la salud, al igual que representan menos gastos para los ciudadanos, menos desplazamientos y menos exclusiones; para otros, configura una inducción a la interposición deliberada y genera la congestión de los juzgados (Defensoría del Pueblo, 2017)

Las altas cifras de tutelas anuales interpuestas por los ciudadanos a lo largo del país, que buscan materializar sus necesidades en salud, ponen en entredicho el impacto de las medidas adoptadas por el Gobierno para el mejoramiento del sistema de salud, y la capacidad de este para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a toda la ciudadanía. Cada tutela es un indicador de fracaso del sistema y significa una experiencia de sufrimiento innecesario de un ciudadano colombiano. Ni las medidas de igualación de los planes de beneficios entre regímenes (Comisión de Regulación en Salud, 2009, 2010, 2011, 2012), ni la Ley Estatutaria de la salud (Congreso de la Republica de Colombia, 2015), ni la política de atención integral en salud y su modelo integral de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), entre otras, han logrado cambiar la tendencia de interposición de tutelas en el país.

Materiales y métodos

El objetivo del presente estudio fue caracterizar las acciones de tutela relativas al derecho a la salud cogestionadas por usuarios en la Personería de Medellín durante el período 2008-2018. Para ello se realizó un análisis observacional retrospectivo del período definido. En este se conmemora la primera década de existencia del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín, agente activo de la promoción,

defensa y protección de este derecho en la ciudad. Se consideraron la totalidad de registros correspondientes a las tutelas que invocaron el derecho a la salud y que fueron cogestionadas en la Personería.

Las bases de datos utilizadas para este estudio fueron procesadas y suministradas por el Observatorio. Para el análisis se tuvieron en cuenta las variables contenidas en los registros: fecha, edad, sexo, organizaciones implicadas, pretensiones/solicitudes y Plan de Beneficios en salud (PBS) y No PBS (que comprende los servicios y tecnologías no incluidos anteriormente en el POS y que actualmente son prescritos a través de la plataforma Mipres).

Para el alistamiento y ajuste de los datos se procedió de la siguiente manera: se creó un subconjunto de datos filtrando del total de tutelas cogestionadas en la Personería, las relativas a la salud, por medio de las variables “tema y subtema”; se anonimizaron los registros del total de años del período, posteriormente se integraron los años en un archivo único y se homologaron las variables tomando como referente el último año de estudio y considerando tanto los nombres, como los valores. Las variables se recodificaron teniendo en cuenta: sexo (1: Femenino, 2: Masculino, 999: Sin información) y pretensiones/solicitudes. De acuerdo con la clasificación de la Defensoría del Pueblo, las 309 categorías de Personería de Medellín fueron codificadas en 10 categorías así: a) medicamentos, b) tratamientos, c) citas médicas, d) cirugías, e) prótesis, órtesis e insumos médicos, f) imágenes diagnósticas, g) exámenes, h) procedimientos, i) otras relacionadas con el sistema y j) otras. Además, se mantuvieron las variables: k) medicamentos y/o insumos, y l) exámenes y/o ayudas diagnósticas. Esto se dio debido a que no fue posible su homologación y una recodificación completa de los registros que garantizará la calidad del dato. Para las demás variables se establecieron comodines (999: Sin información, 01-01-1845: No registra fecha).

Los procedimientos de análisis incluyeron la aplicación de estadística descriptiva y analítica básica univariada y bivariada (Spriestersbach *et al*, 2009), entre las que se encuentran medidas de tendencia central y

dispersión, cálculo de tasas por cada 10.000 habitantes según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE), tablas de contingencia, distribución de frecuencias e histogramas, a través del software estadístico SPSS 23.0[®] y para la presentación de tablas y figuras Excel[®] –licencias adquiridas por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia–.

Por considerarse una revisión de datos retrospectivos en donde no hubo intervención o modificación intencionada a las variables, este estudio se considera como una investigación sin riesgo, de acuerdo con las indicaciones de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia (de 1993). Los investigadores velaron por los derechos y privacidad de la información, ajustándose estrictamente a la veracidad y confiabilidad de los datos y absteniéndose de manipularlos con fines diferentes a los establecidos en el proyecto; declarando a su vez tanto los procedimientos implementados para garantizar la seguridad y calidad de los datos, como los sesgos y las limitaciones del estudio.

Resultados

Durante el período de estudio se interpusieron 296.102 tutelas que invocaron el derecho a la salud en la ciudad de Medellín (ver figura 2). Se evidenció una tendencia al descenso durante la década analizada, interrumpida por un pico de crecimiento durante 2009-2010, con un porcentaje de disminución del 61.7% (28.412 tutelas) entre el primer y el último año de análisis. Los meses en los que se realizaron mayor número de tutelas durante todo el período fueron los meses de abril con 9.2% (37.394), julio 9.1% (26.857) y agosto 8.9% (26.384).

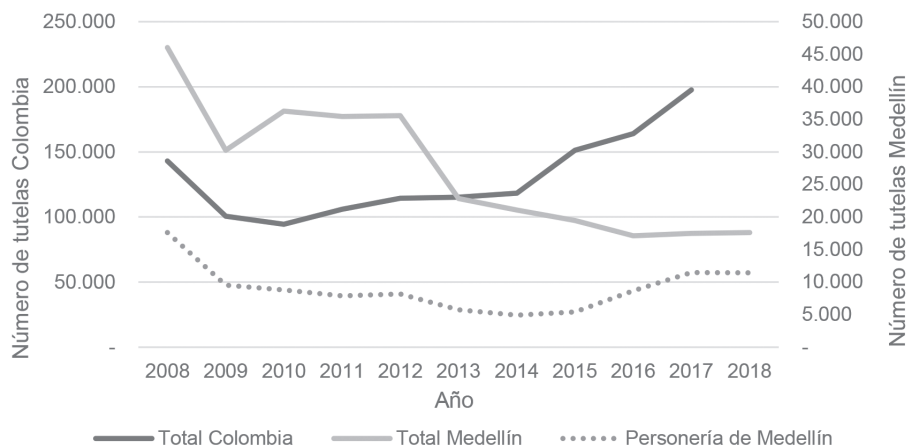


Figura 2. Evolución de las tutelas de salud en Medellín 2008-2018 y su relación con la tendencia nacional³.

Fuente: Rama Judicial de Medellín y Personería de Medellín. Cálculos: Elaboración propia.

El Sistema Penal Acusatorio fue la instancia en donde mayor cantidad de acciones se tramitaron en la ciudad, con un 35.1% (103.906) del total de tutelas del período, seguido por el Juzgado Civil con el 22.9% (68.036), el Tribunal Superior de Medellín con 10.1% (30.062). Las restantes fueron instauradas en los Juzgados Administrativos, Penal, Laboral, Familia y Tribunal Administrativo de Antioquia respectivamente (ver figura 3). En el 40.7% (120.503) del total de los casos, los jueces concedieron las reclamaciones interpuestas por los ciudadanos y solo un 3.7% (10.982) fueron negadas; a su vez el 27.5% (81.345) correspondió a otras decisiones entre las que se encuentran: desistimiento, nulidad, sin decisión, entre otras. El 28.1% (83.272) restante, fue clasificada como decisión no identificada.

3 La lectura de las tutelas se debe realizar en relación con el eje de la derecha (Número de tutelas Colombia); las tutelas Medellín en relación con el eje de la izquierda (Número de tutelas Medellín).

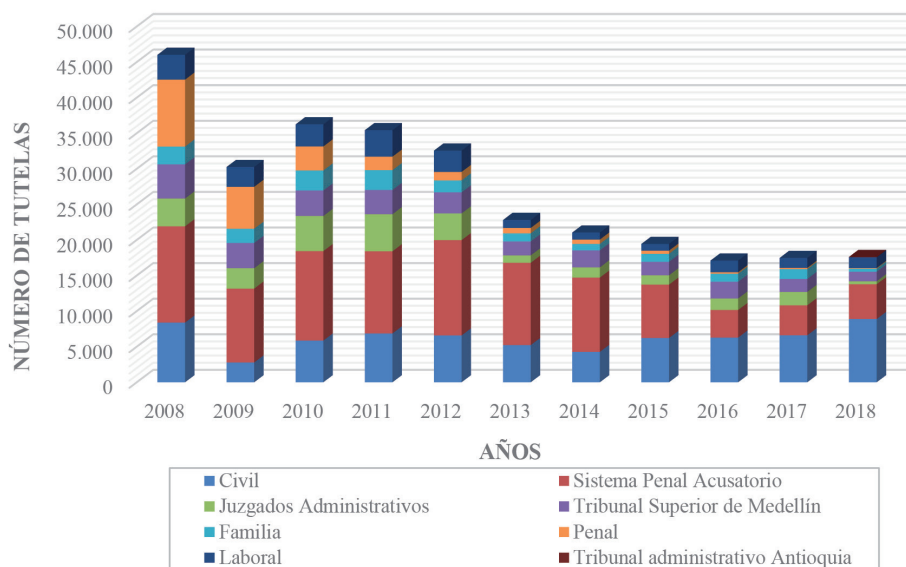


Figura 3. Comportamiento de las tutelas en salud de la Rama Judicial de Medellín según año y juzgado. Período 2008-2018.

Fuente: Rama Judicial de Medellín y Personería de Medellín. Cálculos: Elaboración propia.

Del total de tutelas de salud interpuestas en la ciudad, durante los 11 años analizados, el 33.6% (99.551 tutelas) fueron realizadas por ciudadanos/usuarios en la Personería de Medellín, es decir, de las 74 tutelas radicadas en promedio cada día en la ciudad, 25 fueron cogestionadas en la Personería. Cifra que paulatinamente ha aumentado en los últimos años del período analizado, tanto en la instauración de tutelas en la ciudad como en la participación de la Personería en la cogestión de estas; refiriendo que, para el año 2016, 24 de las 47 tutelas en salud invocadas diariamente en la ciudad fueron por medio de la Personería, siendo aún mayor la participación de esta institución para los dos últimos años, con un total de 31 tutelas de las 48 registradas cada día en Medellín.

Es de resaltar que para el año 2008 el porcentaje de participación de dicha institución en la instauración de tutelas en la ciudad fue del 38.2% (17.596 de 46.029) y para el año final del período fue de 64.8% (11.427

de 17.617). La tasa de tutelas por cada 10.000 habitantes, en el período de estudio fue de 112.7%; siendo el 2018 el año de menor tasa con 69.6 tutelas por cada 10.000 habitantes, de las cuales 45.2 se interpusieron por cogestión de la Personería de Medellín (ver tabla 1).

Tabla 1. Tasa de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes en Medellín 2008-2018.

Año	Total Medellín		Personería de Medellín		
	N° de tutelas	Tasa de tutelas por cada 10.000 habitantes	N° de tutelas	Tasa de tutelas por cada 10.000 habitantes	% Participación de tutelas Medellín
2008	46.029	200,9	17.596	76,8	38,2
2009	30.263	130,6	9.521	41,1	31,5
2010	36.263	154,8	8.791	37,5	24,2
2011	35.437	149,6	7.862	33,2	22,2
2012	32.569	136,1	8.168	34,1	25,1
2013	22.823	94,4	5.721	23,7	25,1
2014	21.053	86,2	4.914	20,1	23,3
2015	19.454	78,9	5.421	22,0	27,8
2016	17.111	68,8	8.678	34,9	50,7
2017	17.483	69,7	11.452	45,6	65,5
2018	17.617	69,6	11.427	45,2	64,8
Total	296.102	112,7	99.551	37,6	33,6

Fuente: Rama Judicial de Medellín y Personería de Medellín. Cálculos: Elaboración propia.

La distribución de tutelas en salud según los meses en los que se interpusieron estas acciones, en la Personería de Medellín se comportó de manera equilibrada, encontrando en los meses de julio con el 9.1% (9.070), septiembre 9.1% (9.040), mayo y agosto con el 8.9% (8.825) cada uno; los mayores números de tutelas durante el período de estudio. El 57.3% fueron interpuestas por mujeres y el 38.5% restante por hombres. Las personas

entre 29 y 59 años, siendo el 33.5% (33.358) del total de acciones de tutela interpuestas en el período 2008-2018, fueron las que más reclamaciones tramitaron, seguidos de las personas mayores con un 27.8% (27.637); mientras que el 8.5% correspondieron a tutelas de menores de 13 años (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las tutelas en salud cogestionadas en la Personería de Medellín según sexo y ciclo vital del accionante. Período 2008-2018.

Etapas del ciclo vital	F	M	Sin información del sexo	Total	Porcentaje
Primera infancia ≤5 años	2.303	2.625	98	5.026	5,0%
Niñez ≥6 y ≤13 años	1.366	1.935	151	3.452	3,5%
Adolescentes y jóvenes ≥14 y ≤28 años	5.156	3.685	223	9.064	9,1%
Adulthood ≥29 y ≤59 años	22.162	10.649	547	33.358	33,5%
Personas mayores ≥ 60 años	15.021	9.785	2.831	27.637	27,8%
Menor ^[1]	1.330	1.952	24	3.306	3,3%
Adulto ^[2]	9.233	6.713	360	16.306	16,4%
Sin información Edad	463	939	0	1.402	1,4%
Total	57.034	38.283	4.234	99.551	100%
[1]: Personas clasificadas en un rango de edad entre 0 y 17 años y que no es posible saber si se trata de lactantes, preescolares o adolescentes.					
[2]: Personas clasificadas en un rango de edad entre 18 y más años y que no es posible saber si se trata de un adulto o de un adulto mayor.					

Fuente: Rama Judicial de Medellín y Personería de Medellín. Cálculos: Elaboración propia.

Respecto a las organizaciones demandadas, las EPS del régimen contributivo representaron el 49.1% (48.897) del total de acciones de tutelas en salud realizadas en la Personería; seguidas de las EPS del régimen subsidiado con un 43.6% (43.413); el restante 6.9% (6.950) se distribuye entre otras organizaciones como la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia,

las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y algunas IPS de la ciudad. Es importante señalar que a pesar de que la creación de Savia Salud EPS fue en el año 2013, se constituyó como la entidad más tutelada en los 11 años de estudio, con un 19.5% (19.444) del total de acciones interpuestas, con un comportamiento ascendente desde el inicio; seguida por Coomeva EPS a quienes correspondió el 10.1% (10.039), Saludcoop, Cafesalud y Medimás representaron el 9,3% (9.216) (ver tabla 3).

Se identificaron 107.484 pretensiones en 91.863 tutelas; para el número restante de acciones de tutela no fue posible determinarlo. Las pretensiones más frecuentes fueron los medicamentos y/o insumos con un 20.3% (21.877); le siguieron la solicitud de citas médicas, que incluyen las citas de medicina general y especializada con un 18.6% (19.955); seguidas de cirugías con un 12.4% (13.292); otras solicitudes relacionadas con el sistema con un 14.9% (16.030) categoría que agrupa exoneración de copagos, afiliaciones a EPS, pagos de licencias, servicios de transporte y viáticos, remisiones a niveles superiores, entre otros (ver tabla 4).

En esta línea, según el régimen de seguridad social de los tutelantes las solicitudes más frecuentes en el régimen contributivo fueron por medicamentos y/o insumos con un 23% (11.516 solicitudes) en el período analizado, mientras que en el régimen subsidiado lo fueron las citas médicas con 24.9% (11.595) del total.

Para 90.413 tutelas fue posible identificar 105.921 pretensiones según el ciclo vital del accionante, para el restante no fue posible determinarlo. De esta manera, las pretensiones más frecuentes según la etapa del ciclo vital fueron: en la primera infancia las citas médicas con 19.4% (1.094 solicitudes); en la niñez lo fueron los medicamentos e insumos con 24.6% (871 solicitudes); para los adolescentes y jóvenes otras pretensiones relacionadas con el sistema fueron las más frecuentes con un 20.9% (2.028 solicitudes); en los adultos las pretensiones relacionadas con citas médicas siendo el 20.3% (7.697); y en los adultos mayores fueron los medicamentos y/o insumos (7.734 solicitudes) con el 29% del total en este grupo etario (ver tabla 5).

Tabla 3. Distribución de tutelas en salud cogestionadas en la Personería de Medellín según las organizaciones implicadas por los accionantes. Período 2008-2018.

Institución	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total	Porcentaje
Savia Salud	0	0	0	0	783	1.245	1.638	4.579	5.611	5.588	19.444	19,5
Coomeva	1.222	742	1.019	1.085	880	355	265	629	1.028	2.102	10.039	10,1
Saludcoop, Cafesalud y Medimás	786	200	1.680	1.111	502	629	980	998	1.385	643	9.216	9,3
Sura	1.853	465	564	745	658	663	677	588	864	714	8.210	8,2
Nueva EPS	528	1.058	467	883	851	687	595	430	737	591	7.637	7,7
Secretaría Seccional de Salud de Antioquia	1.839	1.155	701	498	269	218	180	210	305	475	6.663	6,7
Comfama	1.403	1.102	1.042	1.539	238	0	0	0	0	0	6.410	6,4
Caprecom	258	1.912	349	246	159	167	111	3	1	0	6.094	6,1
Comfenalco	3.149	1.071	497	413	354	97	0	0	1	0	5.996	6,0
Salud Total	506	235	401	401	353	352	415	481	554	444	4.369	4,4
Emdisalud	737	482	536	462	9	8	5	12	22	34	2.871	2,8
ISS/Colpensiones	2.453	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.453	2,5
Otras instituciones	2.862	1.099	606	785	665	493	555	748	944	836	10.149	10,2
Total	17.596	9.521	7.862	8.168	5.721	4.914	5.421	8.678	11.452	11.427	99.551	100

Fuente: Rama Judicial de Medellín y Personería de Medellín. Cálculos: Elaboración propia.

Tabla 4. Pretensiones de las tutelas de salud cogestionadas en la Personería de Medellín 2008-2018.

Pretensión	Número de tutelas	Porcentaje
Medicamentos y/o insumos	21.877	20,3
Citas médicas	19.955	18,6
Otras relacionadas con el sistema	16.030	14,9
Cirugías	13.292	12,4
Exámenes	9.592	8,9
Procedimientos	9.045	8,4
Imágenes diagnósticas	5.576	5,2
Prótesis, órtesis e insumos médicos	3.798	3,5
Tratamientos	3.633	3,4
Exámenes y/o ayudas diagnósticas	2.646	2,5
Medicamentos	1.934	1,8
Otras	106	0,1
Total	107.484	100

*Para 7.688 tutelas no fue posible identificar la pretensión

Fuente: Personería de Medellín. Cálculos: Elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Los análisis oficiales han confirmado que el derecho a la salud es el segundo derecho más invocado en las tutelas interpuestas por la ciudadanía en el país y que el departamento de Antioquia es la región del país donde más tutelas se interponen (Defensoría del Pueblo, 2018). Para la última década, la tendencia nacional es contraria a la tendencia municipal, mientras a nivel nacional las tutelas relacionadas con el derecho a la salud han tenido un comportamiento creciente, en el municipio de Medellín presentan un

Tabla 5. Pretensiones de las tutelas de salud cogestionadas en la Personería de Medellín 2008-2018 según ciclo vital del accionante.

Pretensión	Primera infancia ≤5 años	Niñez ≥6 y ≤13 años	Adolescentes y jóvenes ≥14 y ≤28 años	Adulthood ≥29 y ≤59 años	Personas mayores ≥ 60 años	Menor [1]	Adulto [2]	Total	Porcentaje
Medicamentos y/o insumos	980	871	1.501	6.610	7.734	659	2.814	21.169	20,0
Citas médicas	1.094	683	1.838	7.697	4.753	694	3.073	19.832	18,7
Otras relacionadas con el sistema	1.022	382	2.028	5.865	2.513	599	3.382	15.791	14,9
Cirugías	590	277	1.303	5.226	2.825	419	2.519	13.159	12,4
Exámenes	561	463	779	3.605	1.899	498	1.720	9.525	9,0
Procedimientos	471	257	798	3.598	1.895	367	1.618	9.004	8,5
Imágenes diagnósticas	324	152	448	2.215	1.013	278	1.114	5.544	5,2
Prótesis, órtesis e insumos médicos	137	83	177	445	2.029	84	753	3.708	3,5
Tratamientos	249	191	452	1.112	651	193	742	3.590	3,4
Exámenes y/o ayudas diagnósticas	118	99	227	913	706	98	422	2.583	2,4
Medicamentos	90	89	135	634	571	72	319	1.910	1,8
Otras	2	0	7	31	40	1	25	106	0,1
Total	5.638	3.547	9.693	37.951	26.629	3.962	18.501	105.921	100

*Para 7.688 tutelas no fue posible identificar la pretensión.

**Para 1.450 tutelas fue posible identificar la pretensión, pero no el grupo etario.

[1]: Personas clasificadas en un rango de edad entre 0 y 17 años y que no es posible saber si se trata de lactantes, preescolares o adolescentes.

[2]: Personas clasificadas en un rango de edad entre 18 y más años y que no es posible saber si se trata de un adulto o de un adulto mayor.

comportamiento decreciente. Con el paso de los años, la Personería de Medellín se ha consolidado como la instancia que mayoritariamente facilita la interposición de tutelas en la ciudad, representando las dos terceras partes del total en los últimos años analizados. Tal como lo señalan otras entidades del Ministerio Público, según la Defensoría del Pueblo (2017), en la ciudad se han diseñado y puesto en funcionamiento con alta efectividad una serie de mecanismos que facilitan a la ciudadanía la exigibilidad de sus derechos fundamentales. El Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud es uno de estos patrimonios de la ciudadanía municipal.

En la tendencia nacional los últimos tres años han representado los de mayor número de tutelas que invocan el derecho a la salud, cada año superando el anterior; mientras que en la ciudad el 2008 fue el año de mayor número de tutelas presentadas. No obstante, el comportamiento de las tutelas en salud en la ciudad, posterior a la promulgación de la Ley Estatutaria de la Salud en el 2015, presenta un proceso de estabilización y no se observan señales de disminución. La tasa de tutelas en salud por 10.000 habitantes, aunque es menor a nivel municipal respecto a la tasa nacional (69.7 y 123.2 respectivamente para el año 2017), resulta en extremo alta, máxime cuando la mayoría de las tutelas fueron falladas de manera favorable a los usuarios e implican mayoritariamente contenidos reconocidos en el ordenamiento legal del sistema de salud.

Todo indica que la reglamentación de la Ley Estatutaria de la Salud desde el nivel nacional ha resultado insuficiente para materializar una experiencia de garantía plena del derecho a la salud para la mayoría de los ciudadanos. Esto quiere decir que todavía, después de 11 años de proferida la Sentencia T-760/2008 por parte de la Corte Constitucional, los mandatos allí planteados siguen sin cumplirse de manera plena, toda vez que la vía judicial sigue siendo clave para materializar el acceso a los servicios de salud. También indica que, de manera sistemática, las aseguradoras y las entidades territoriales siguen incumpliendo las obligaciones legales asignadas, y que, por tanto, la acción de tutela sigue siendo el mecanismo más efectivo y oportuno para hacer valer este derecho fundamental.

El comportamiento de la tendencia municipal invita a reconocer las medidas políticas adoptadas desde el gobierno local que explican el comportamiento general decreciente, así como las barreras que impiden el cumplimiento pleno y sistemático de las obligaciones legales por parte de las instituciones del sistema de salud para materializar a plenitud el derecho fundamental a la salud de los habitantes de la ciudad, después de promulgada la Ley Estatutaria de la Salud. Se requiere mayor investigación específica al respecto.

Merece una mención especial la situación de Savia Salud EPS, la entidad mixta (público-privada) que agrupa a la mayor parte de los ciudadanos pobres con subsidios de salud en el departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín, y que es la entidad con mayor número de tutelas en el período analizado, a pesar de haberse creado en 2013; esta representa la mitad de las tutelas interpuestas en los tres últimos años analizados. Se requiere una clara decisión política de las autoridades departamentales para resolver las barreras que la entidad interpone para la materialización del derecho a la salud de los ciudadanos más pobres y vulnerables de la región y de la ciudad.

Finalmente, existen variables y características directamente asociadas a la exigibilidad y búsqueda de materialización del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos que no fueron considerados en este estudio, bien sea porque no están contenidas en las bases de datos o porque no presentan una aceptable calidad en la información. De esta manera, se encuentra necesario avanzar cada vez más en la inclusión de características determinantes que permitan adelantar análisis a profundidad y propendan por un entendimiento global del comportamiento de las tutelas en nuestra ciudad.

Para terminar, se debe decir que el registro de información realizado por la Personería de Medellín es una valiosa fuente de información para conocer en detalle la evolución de las tutelas en las que se invoca la protección del derecho fundamental a la salud. Dada su relevancia tanto para el municipio como para la nación, es indispensable que se realice un

proceso sistemático y riguroso de control de la calidad, que garantice la disponibilidad de información útil para conocer la tendencia municipal y compararla con lo nacional.

Bibliografía

- Akin, J., Birdsall, N., De Ferranti, D., & World Bank. (1987). *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* (1a edición). Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Carrera Silva, L. (2011). "La acción de tutela en Colombia". En *Revista IUS*. (5). (pp.72-94).
- Comisión de Regulación en Salud. (30 de septiembre de 2009) Acuerdo 004 de 2009.
- Comisión de Regulación en Salud. (29 de enero de 2010) Acuerdo 11 de 2010.
- Comisión de Regulación en Salud. (11 de octubre de 2011) Acuerdo 27 de 2011.
- Comisión de Regulación en Salud. (17 de mayo de 2012) Acuerdo 32 de 2012.
- Congreso de la Republica de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Corte Constitucional (2014). Sentencia C-313 de 2014 Bogotá.
- Corte Constitucional (2018). Unidad de Tutela de la Corte Constitucional.
- De Groote, T., De Paepe, P. & Unger, J.-P. (2007). "Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo". En *El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 25(1). (pp. 106-117). Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Defensoría del Pueblo. (2017). *La tutela y el derecho a la salud 2016* (11°).
- Defensoría del Pueblo. (2018). *La Tutela: Los Derechos a la Salud y la Seguridad Social en Colombia* (12th ed.).
- Echeverri, O. (2008). "Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia". En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), (pp. 210-216).
- Franco, S. (2003). "Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma a la salud y seguridad social en Colombia". En *Gerencia y Políticas de Salud*, 2(4), (pp. 58-69). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Franco, S. (2003). *La salud pública hoy : enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública : memorias Cátedra Manuel Ancizar, 1 semestre 2002*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría de Sede, Dirección de Programas Curriculares, Facultad de Odontología.
- Hernández, M. (2000). "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización". En *Revista de Salud Pública*, 2(2), (pp. 121-144). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Hernández, M. (2003). "El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después". En Franco, S. (ed.). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública* (pp. 463-479). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), (pp. 210-220). OPS.
- Kalmanovitz, S. (2010). "La economía política a fines del siglo XX: Constitución, conflicto interno y narcotráfico". En Kalmanovitz, S. (ed.). *Nueva historia económica de Colombia* (pp. 309-323). Bogotá: Taurus, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano.
- Laurell, A. C. (1994). "La salud: de derecho social a mercancía". En Laurell, A.C. (ed.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. (pp. 9-33). México, D.F.: Friedrich Ebert Stiftung, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.
- Laurell, A. C., & Ronquillo, J. H. (2010). "La Segunda Reforma de Salud: aseguramiento y compra-venta de servicios". En *Salud Colectiva*, n°6, (pp.137-148). Argentina: Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.
- Londoño, J. L. (2003). "Activar el pluralismo en el trópico. Reforma de la atención de la salud en Colombia". En Molina, C. G. & Nuñez, J. (ed.). *Servicios de salud en América Latina y Asia*. 1° ed. (pp. 149-182). Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (n° 353). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 429 de 2016.
- Molina, G. & Ramírez, A. (2013). "Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009". En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), (pp. 287-293).
- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social & Corporación Grupo Guillermo Fergusson. (2006). *Ley 100: Balance y Perspectivas*. Bogotá: Editorial Servi Offset.
- Redacción Salud. (Noviembre de 2014). "Magistrados no entendieron Ley Estatutaria que aprobaron": Minsalud. *El Tiempo*.
- Revista Semana. (Junio de 2014). Pacientes multimillonarios. *Sección Nación*.
- Rodríguez, C. (Noviembre de 2014). ¿Langosta para todos? *El Espectador*. Sección Opinión.
- Spiestersbach, A., Röhrig, B., Prel, J.-B. du, Gerhold-Ay, A., & Blettner, M. (2009). "Descriptive Statistics". En *Deutsches Aerzteblatt Online*, 106(36), (pp. 578-583). Berlín: Deutscher Ärzteverlag GmbH.
- Torres-Tovar, M. (Noviembre de 2014). La langosta es solo para los ricos. *Semanario Virtual Caja de Herramientas*.

Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J. C., Arrubla-Sánchez, D. & Hernández-Álvarez, M. (2012). "La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico". En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Vol. 11. (pp. 58-84). Bogotá: Universidad Javeriana.

LA TUTELA COMO ACCESO AL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Jorge Emilio Salazar Flórez; Víctor Alfonso Gómez Calderín;
Fernando León Tobón Londoño; Diana Patricia Guerra Mazo;
Juan Manuel Londoño Fonnegra; Susana Roldan Ricardo;
Luisa Fernanda Peláez Figueroa; Laura Elena Guerra Bedoya

Introducción

La salud es un concepto amplio, dinámico, que puede tratarse desde varias perspectivas y con un significado evolutivo y dependiente de contextos sociales y culturales. De esta manera, el concepto inicialmente limitado a la ausencia de enfermedad pasa luego a ser determinado por otros factores como estilos de vida, medio ambiente, atención y biología humana, hasta llegar, como bien lo señalan Guerra *et al* (2011), a tener una significación compleja e integral que comprende múltiples ámbitos. La Organización Mundial de la Salud (1946) adopta esta concepción compleja e integral y define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC–, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 1976).

Desde la Constitución Política de 1991, en Colombia se reconoce la salud como un derecho constitucional, inicialmente fundamental para los niños; para las demás personas tuvo la categoría de derecho prestacional por encontrarse en los derechos económicos, sociales y culturales, además de tener la connotación de servicio público esencial a cargo del Estado. Posteriormente la salud llega a ser un derecho fundamental, por línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, al considerar que funcionalmente está dirigido a lograr la dignidad humana y es traducible en un derecho subjetivo, lo cual es ratificado con la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional (2016) plantea que el derecho a la salud debe regirse, entre otros, por el principio de integralidad, en virtud del cual se debe garantizar el acceso efectivo a todos los servicios de salud de manera continua, oportuna e ininterrumpida. Con esto se busca la recuperación e integración social del paciente, sin que medien barreras de acceso y siguiendo las indicaciones del médico tratante. Respecto al principio de integralidad en los servicios de salud para los menores de edad o nacidos vivos en Colombia, hijos de padres inmigrantes, también es un derecho humano fundamental en aspectos relacionados con el acceso, continuidad y culminación de los tratamientos. Un ejemplo de ello se encuentra en las dos sentencias de la Corte Constitucional T-210 de 2018 y T-178 de 2019.

En contraste con lo anterior, existen barreras de acceso a los servicios de salud, las cuales, siguiendo a Franco-Agudelo, se manifiestan por la visión de la salud como negocio, en el cual el lucro está por encima de los buenos resultados. Como anotan Rodríguez H., Rodríguez R. & Corrales (2014), las barreras de acceso se consideran estrategias técnico-administrativas que interponen las entidades de salud para negar, dilatar o no prestar los servicios de salud a sus afiliados. Según Abadía & Oviedo (2010), dichas barreras están basadas en la negación de servicios de salud como mecanismo de contención de costos. En este marco, la acción de tutela, según el artículo 86 de la Constitución Política, es el medio que

tienen todas las personas para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales y se caracteriza además por ser preferente, sumaria, subsidiaria, sencilla e informal.

Por medio de la acción de tutela puede solicitarse la protección del derecho fundamental a la salud, aun en cuanto a las obligaciones de carácter prestacional que implican los servicios de salud y frente a las cuales se generan las ya mencionadas barreras de acceso. Las prestaciones incluidas son vinculantes para los entes encargados de prestar los servicios de salud y constituyen derechos subjetivos de carácter fundamental autónomo de los ciudadanos, los cuales son, como dice Chiriví (2014), susceptibles de protección directa por medio de la acción de tutela.

Según estudios de la Defensoría del Pueblo (2017) y la Personería de Medellín (2018) se evidencia que es muy común que los usuarios deban acudir a la acción de tutela en salud. Considerando el carácter de subsidiaria y residual de dicha acción, el accionante no tiene otros medios más expeditos y directos para su protección. Por consiguiente, resulta de importancia un análisis sobre la efectividad y cumplimiento integral de las decisiones judiciales de tutela en salud, evidenciando la protección que al respecto brinda el Estado. Por otra parte, para el cumplimiento del fallo de tutela y la materialización del derecho fundamental a la salud, las acciones deben ser integrales, es decir, deben ajustarse a las necesidades médicas de la contingencia o patología que motiva la acción según la prescripción del médico tratante. Por lo tanto, resulta relevante determinar si las acciones para el cumplimiento del fallo son limitadas o alcanzan dicha integralidad para hacer efectiva la protección del derecho.

Partiendo del conocimiento de las amenazas y barreras existentes para el derecho fundamental a la salud y su protección, y considerando la acción de tutela como el mecanismo último para defenderlo, este proyecto pretendió analizar y describir las acciones de tutela cogestionadas desde la Personería de Medellín de 2008 a 2017, con el objetivo de determinar la efectividad y el cumplimiento de los fallos de tutela teniendo en cuenta el criterio y principio de integralidad en salud.

Materiales y métodos

Población y muestra

Se realizó un muestreo probabilístico, estratificado, aleatorizado, con asignación proporcional por año y tipo de acción. El universo estaba compuesto por 113.399 acciones cogestionadas por la Personería de Medellín en el periodo comprendido entre 2008 y 2017. Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró una confiabilidad del 95%, un error del 5% y una proporción esperada del 50%; así, la muestra estimada fue de 383 acciones.

Recolección de información

La información fue recolectada por medio de entrevista telefónica, previo consentimiento informado verbal. Se utilizó un instrumento diseñado por los investigadores, el cual contenía información sociodemográfica, aspectos relacionados con el trámite de la acción, el fallo y la posterior atención, se evaluaron los servicios recibidos y el grado de satisfacción. En las entrevistas se utilizaron preguntas cerradas y abiertas; además, los entrevistadores fueron estandarizados para evitar los sesgos de información y clasificación.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariado teniendo en cuenta la categoría de la variable. Esto quiere decir que las variables cualitativas se analizaron por medio del cálculo de frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas, por su parte, se analizaron por medio del cálculo de la medida de tendencia central adecuada, acompañado de la correspondiente medida de dispersión. Los intervalos de confianza para las proporciones fueron calculados con una confiabilidad del 95%. El análisis bivariado se realizó por medio de la prueba Chi cuadrada de asociación o la prueba de Fisher según el caso, teniendo en cuenta un valor “p” de confiabilidad menor a 0.05. La tabulación de la información fue realizada en Microsoft Excel y el análisis de la información en el paquete estadístico Epidat.

Consideraciones éticas

Esta investigación tuvo en cuenta las normas para la investigación en salud en Colombia, establecidas en la resolución 8430 de 1993, con el fin de garantizar el no maleficio y por el contrario el beneficio de la población participante. Desde el primer contacto por vía telefónica con los accionantes, se les solicitó el consentimiento verbal para proceder a la entrevista, no sin antes expresar que se trataba de una investigación de la Personería de Medellín y dejar claros, de manera explícita y en términos fácilmente entendibles, los objetivos de la investigación. Se consideró de riesgos mínimos, ya que supone riesgos que no son mayores a los generados por las preguntas durante la entrevista. Siempre que se detectó o se identificó vulnerabilidad, en términos de condición y entendimiento de los procedimientos, se brindó información suficiente para orientar a los accionantes con el proceder de sus demandas y reclamos a sus derechos.

Resultados

En total, fueron indagadas 1.974 acciones interpuestas entre enero de 2008 a diciembre de 2017; de estas, se logró contactar a 330 titulares del derecho, luego de más de 3.200 llamadas. La tabla 1 resume las variables sociodemográficas de las personas involucradas en las diferentes acciones. Al momento de contactarlas, se encontró una mortalidad del 11.5% (38/330); por otro lado, en relación con las características generales el 63% fueron mujeres y el 37% hombres, además, el grupo de edad más prevalente fue adultos mayores con 27%, seguido de población adulta con 24.2%. La mayoría de la población provenía de zona de residencia urbana 83.3%, quienes pertenecía a los estratos 1 ó 2 comprendieron el 63%, en cuanto al estado civil, el 46.6% estaban casados o en unión libre y, para terminar, el 49.6% fue el porcentaje referido al acceso a educación certificando este porcentaje a la población con acceso a la básica primaria.

Tabla 1: Distribución porcentual de variables sociodemográficas en población demandante entre 2008 y 2017.

Variable	N°	%	IC 95%
Supervivencia actual			
Vivo	292	88,5%	85% - 91,90%
Muerto	38	11,5%	8% - 14,90%
Edad (Mediana = 50 RIQ = 35)			
Prescolares (1 a 6 años)	14	4,2%	2,00% - 6,40%
Niños y niñas (7 a 14 años)	23	7,0%	4,20% - 9,70%
Adolescentes (15 a 18 años)	11	3,3%	1,30% - 5,20%
Adulto (19 a 45 años)	80	24,2%	19,60% - 28,80%
Mayor (46 a 59 años)	72	21,8%	17,30% - 26,20%
Adulto mayor (60 años o más)	89	27,0%	22,10% - 31,70%
Sin información	41	12,4%	8,80% - 5,90%
Sexo			
Femenino	208	63,0%	57,80% - 68,20%
Masculino	122	37,0%	31,70% - 42,10%
Estado civil			
Soltero	125	37,9%	32,60% - 43,10%
Casado o Unión libre	134	40,6%	35,30% - 45,90%
Separado	22	6,7%	3,90% - 9,30%
Viudo	39	11,8%	8,30% - 15,30%
Sin información	10	3,0%	1,10% - 4,80%
Nivel educativo en mayores de 19 años			
Analfabeta	20	7,8%	4,50% - 11,10%
Básica Primaria	107	41,8%	35,70% - 47,80%
Básica Secundaria	73	28,5%	22,90% - 34,00%
Técnico	27	10,5%	6,70% - 14,30%
Tecnólogo	4	1,6%	0,10% - 3,10%
Profesional	22	8,6%	5,10% - 12,00%
Sin información	3	1,2%	0,10% - 2,40%

Variable	N°	%	IC 95%
Estrato social			
1 o 2	208	63,0%	57,60% - 68,20%
3	80	24,2%	19,60% - 28,80%
4 o 5	21	6,4%	3,70% - 8,90%
Sin información	21	6,4%	3,70% - 8,90%
Zona de residencia			
Urbana	275	83,3%	79,30% - 87,30%
Rural	10	3,0%	1,10% - 4,80%
Sin información	45	13,6%	9,90% - 17,30%
Número de hijos en mayores de 19 años			
Ninguno	72	28,1%	22,60% - 33,60%
1 o 2 hijos	106	41,4%	35,30% - 47,40%
3 a 5 hijos	54	21,1%	16,00% - 26,00%
6 o más hijos	23	9,0%	5,40% - 12,40%
Sin información	1	0,4%	0,10% - 1,10%

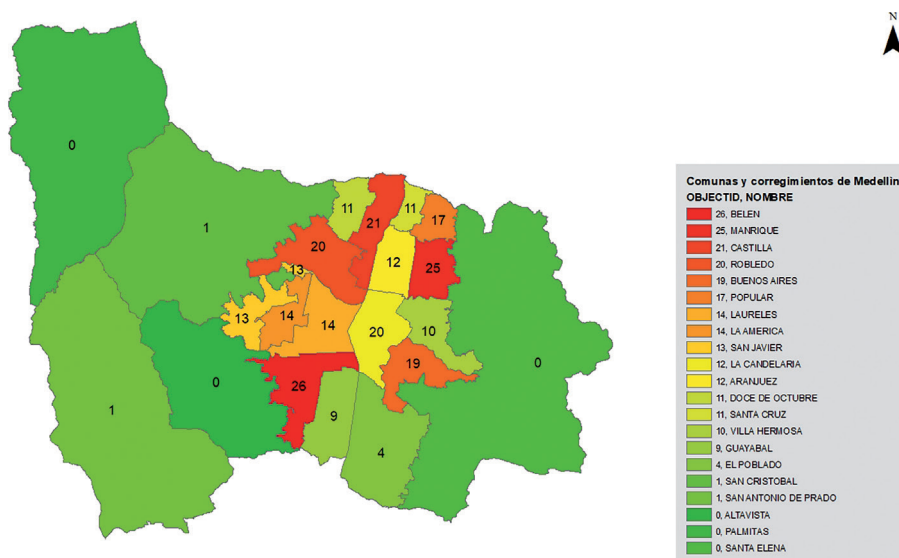


Figura 1: Distribución geográfica de las acciones de tutela presentadas en la ciudad de Medellín según comunas.

Después de clasificar el motivo clínico de la acción según el CIE-10, se identificó que la mayor causa estaba relacionada con enfermedades del sistema nervioso con un 18.2%, seguido por el cáncer con 8.5% y las patologías asociadas a la salud visual con 7.3%. Teniendo en cuenta el tipo de solicitud realizada en términos de servicios de salud, el 37.3% requerían entrega de suplementos o dispositivos, 29.4% consulta médica especializada y 17.9% algún tipo de intervención quirúrgica (ver tabla 2).

Tabla 2: Distribución porcentual de variables clínicas relacionadas con el tipo de evento y los servicios requeridos en población demandante entre 2008 y 2017.

Variable	N°	%	IC 95%
Patologías relacionadas en la demanda			
Enfermedades del sistema nervioso	60	18,2%	14% - 22,3%
Cáncer	28	8,5%	5,4% - 11,4%
Relacionadas con la salud visual	24	7,3%	4,4% - 10,1%
Enfermedades cardiovasculares	19	5,8%	3,2% - 8,2%
Eventos relacionados con trauma	15	4,5%	2,2% - 6,7%
Diabetes	10	3,0%	1,1%- 4,8%
Otros	117	35,5%	30,2% - 40,6%
Sin información	57	17,3%	13,1% - 21,3%
Tipo de atención requerida			
Suplementos y dispositivos	123	37,3%	32,1% - 42,5%
Consulta médica especializada	97	29,4%	24,4% - 34,3%
Intervención quirúrgica	59	17,9%	13,7% - 22,1%
Exámenes diagnósticos	51	15,5%	11,5% - 19,3%
Manejo hospitalario	33	10,0%	6,7% - 13,2%
Otras especialidades	21	6,4%	3,7% - 8,9%
Biológicos	14	4,2%	2,1% - 6,4%
Antibióticos	13	3,9%	1,8% - 6,1%
Hormonas	6	1,8%	0,3% - 3,2%
Quimioterapia	6	1,8%	0,3% - 3,2%

Después de analizar los datos identificamos que el 89.1% de las acciones fue fallada a favor. De estas acciones favorables, en el 60.2% de los casos recibió la atención dentro del mes siguiente al fallo, mientras que el 9.2% manifestó que solo recibió la atención más de tres meses después. El 48.9% de los demandantes declaró no haber recibido un tratamiento integral, y el 20% de las personas que recibieron fallo a favor expresaron condiciones negativas en relación con el servicio recibido.

Tabla 3: Condiciones relacionadas con el fallo y la atención recibida en población demandante entre 2008 y 2017.

Variable	N°	%	IC 95%
Resultado de la demanda			
A favor	294	89,1%	85,7% - 92,4%
En contra	17	5,2%	2,7% - 7,5%
Desconocido	10	3,0%	1,1% - 4,8%
Sin información	9	2,7%	0,9% - 4,4%
Tiempo hasta la atención para fallos a favor			
Menor a un mes	177	60,2%	54,6% - 65,7%
De 1 a 3 meses	31	10,5%	7,0% - 14,0%
Mayor a 3 meses	27	9,2%	5,8% - 12,4%
No recibió nada	15	5,1%	2,5% - 7,6%
No recuerda	35	11,9%	8,2% - 15,6%
Sin información	9	3,1%	1,1% - 5,0%
Recibió tratamiento integral			
Sí	99	42,1%	35,8% - 48,4%
No	115	48,9%	42,5% - 55,3%
Sin información	21	8,9%	5,2% - 12,5%
Percepción con relación al servicio recibido			
Positivo	187	79,6%	74,4% - 84,7%
Negativo	47	20,0%	14,8% - 25,1%
Sin información	1	0,4%	0,1% - 1,2%

Discusión y análisis de los resultados

Según el último informe de la Defensoría del Pueblo, durante el año 2017 se interpusieron en Colombia 197.655 acciones de tutela en salud, lo que equivale a una solicitud judicial de amparo del derecho fundamental a la salud cada 2.7 minutos. Teniendo en cuenta las estadísticas de atenciones en salud de la Personería de Medellín y las decisiones judiciales en salud de la Rama judicial en Medellín entre los años 2008 y 2017, se encuentra una tendencia al incremento de acciones de tutela desde 2015. Esto demuestra que la acción de tutela es el mecanismo que por excelencia utilizan los colombianos para hacer exigible su derecho fundamental a la salud.

La muestra calculada para el presente análisis fue definida en 383 acciones. Luego de realizar 3.200 llamadas, solo 330 fueron efectivas. No fue posible llegar al total estimado por dificultades en el método de recolección de información, por tratarse de acciones interpuestas en un lapso de 10 años, frente a las cuales han variado los datos de contacto de los accionantes y se ha dificultado su ubicación. No obstante, considerando los porcentajes de confiabilidad y error, se obtuvo una muestra fiable, significativa y representativa de un periodo de 10 años.

La fuente de información principal fue el accionante o titular del derecho fundamental a la salud y su percepción influyó en los resultados. Las prestaciones de servicios de salud son traducibles en un derecho subjetivo y es una virtud del estudio que no se agota en el análisis de datos incorporados en la acción, sino que al mismo tiempo consulta directamente con los titulares del derecho frente al cual se pretende la protección, después de la resolución de la acción y el cumplimiento o incumplimiento de la orden judicial.

Los resultados del análisis de este estudio muestran características sociodemográficas de la población demandante, que llaman la atención si los comparamos con los datos nacionales presentados en la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015). Un 7.8 % de la población entrevistada manifestó ser analfabeta; de acuerdo con la ENDS, la tasa de analfabetismo para ambos sexos supera por muy poco el 5%. Por

otro lado, el nivel educativo de básica primaria en personas mayores de 19 años fue 41,8 %. Además, se encontró una relación significativa entre un buen nivel de satisfacción y el bajo nivel educativo ($p < 0,05$). Como se esperaba, el origen socioeconómico, la educación y la ubicación geográfica son determinantes sociales que impactan en el acceso a la salud (Ministerio de Salud, Protección Social y Profamilia, 2015).

Así mismo, el 48.8% de la población accionante superó la edad de 46 años; en Colombia esta población etaria representa alrededor del 27%. El mayor porcentaje de solicitudes de protección al derecho fundamental a la salud por parte del titular fue el adulto mayor, con un 27.0%. La Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, establecida en el Congreso de la República por la Ley 1251 de 2008, tiene como finalidad la garantía de una atención integral, partiendo de promoción y prevención; y en caso de afectación debe asegurar procedimientos adecuados con calidad y continuidad. Según la Corte Constitucional (2002), el derecho a la salud de los adultos mayores, por su vulnerabilidad, es un derecho fundamental autónomo. En este sentido, el artículo 6 de la Ley 1850 de 2017 tiene como objetivo que el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, implemente de forma segura y efectiva rutas de atención inmediata, así como medios de comunicación frente a maltratos contra el adulto mayor cuando se encuentren en espacios donde deberían estar protegidos (Congreso de la República, 2017).

Del total de accionantes, el 63% fueron mujeres y si bien en Colombia la distribución poblacional por sexos es equitativa, el porcentaje de hogares con mujeres cabeza de hogar alcanza un 36.4%, representadas principalmente en los estratos socioeconómicos más bajos; en este estudio los estratos socioeconómicos 1 y 2 representaron el 63%. Según la Organización Mundial de la Salud, las mujeres se ven afectadas por determinantes socioculturales, la discriminación, la falta de oportunidades y la desigualdad por normas y políticas en las que se establecen razonamientos que incrementan factores de vulnerabilidad y se reduce el acceso a servicios de salud efectivos, acorde a sus necesidades.

El sistema de salud según la ley estatutaria 1751 del 2015, tiene como finalidad la garantía de la prestación del derecho fundamental a la salud con universalidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, por lo que la implementación responsable de esta, es una obligación del Estado (Congreso de la República, 2015). Dentro de los hallazgos se puede determinar que, con un índice porcentual de 63% (208/330), las personas de estratos 1 y 2 son quienes más generaron acciones de tutela en búsqueda de acceso adecuado de sus derechos fundamentales en salud. En este mismo balance entra en convergencia la diferencia entre zonas rurales y urbanas, donde el índice más elevado lo tiene la zona Urbana con un total de 83.3% (275/330). Según el Ministerio de Protección Social esto se le atribuye a la carencia de un método integral de información social; información respecto a temas de acceso y legitimación de los derechos y deberes en salud; además, se presentan insuficiencias en las estructuras adecuadas de redes en servicio, las cuales no abastecen las necesidades que se presentan según caracterización por zona. Otro factor presente es la debilidad frente al direccionamiento y aseguramiento de los servicios. Esto quiere decir que hay directivos a cargo que no desempeñan a cabalidad acciones de evaluación y monitoreo, para la mediación, respecto a inoperatividad por parte de las entidades prestadoras y aseguradoras del servicio. Por último, en temas de universalidad, es fundamental un método integral de información social si se desea alcanzar el objetivo del sistema de seguridad social en salud, es decir que todo debe estar en disposición para garantizar el cubrimiento total, aún más, en zonas de población vulnerable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005).

Como ejemplo de casos puntuales, podemos anotar que las enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo la principal causa de muerte en Colombia, luego están otras enfermedades, como reporta el Ministerio de Salud (2018), las cuales son de curso crónico no transmisibles, mientras que en último lugar aparecen las neoplasias. Sin embargo las acciones gestionadas por vulneración del derecho a la salud analizadas en este

estudio, mostraron que las patologías relacionadas con el mayor número de demandas fueron las enfermedades del sistema nervioso central con 18.2%, seguidas por las neoplasias con 8.5% y las relacionadas con la salud visual. Los resultados arrojan porcentajes similares para una gran variedad de patologías. Incluso podemos ver que el mayor porcentaje después del estudio se asigna a la categoría “otros”, en la que se agrupan múltiples patologías.

Lo anterior indica que las patologías o motivos clínicos no son un elemento determinante a la hora de analizar las causas de interposición de la acción de tutela, por el contrario, se accede a esta para la protección del derecho a la salud por multiplicidad de factores clínicos. Podemos relacionar esto con el carácter de autónomo y fundamental del derecho a la salud y la aplicación del principio de integralidad; lo anterior se puede dar en la medida en que no es necesaria una patología grave para la protección del derecho como lo sería en el caso de protección por conexidad con la vida. En este mismo sentido, cuando se esperaba que las demandas fuesen por amenazas directas contra la vida de los demandantes, los tipos de atención requerida estuvieron relacionadas con suplementos o dispositivos y consulta médica especializada, con porcentajes de un 37.3 y 29.4 % respectivamente.

El hecho de que un alto porcentaje de los accionantes demandara atención por un especialista médico puede entenderse si analizamos la demanda de especialistas en el país. Si bien el número de expertos médicos ha aumentado en los últimos años, la oferta no es suficiente para atender de manera adecuada la demanda de servicios de salud. Este mismo análisis proyecta hasta el año 2030 que la diferencia entre demanda y oferta estará alrededor de unos seis mil especialistas. Los resultados del estudio indican que, entre el 2008 y 2017, el 89.1% de las acciones de tutela en salud obtuvo una decisión judicial favorable a las pretensiones. Respecto el mismo dato y según informe de la Defensoría del Pueblo, en 2017, a nivel nacional el 85.55 % obtuvo un fallo favorable. En el mismo sentido, en el año 2016 el porcentaje de fallos favorables de tutela en

salud corresponde al 85,46 %. Incluso entre 1994 y 2010 la proporción de fallos favorables ha oscilado, en primera instancia, entre 60% y 86% (Defensoría del Pueblo, 2017). Se concluye entonces que generalmente el proceso de acción de tutela en salud termina con una decisión favorable, lo que permite inferir el convencimiento por parte de los jueces sobre el deber de protección y el carácter fundamental del derecho a la salud.

Si bien, según lo explicado, la inmediatez en el cumplimiento es el criterio más apropiado para determinar la efectividad de un fallo de tutela respecto al tiempo, la metodología para la recolección de información dificultó determinar un momento preciso, dado que resultaba dispendioso para los afectados recordar las horas o días transcurridos para el cumplimiento del fallo; en cambio podían definir con más claridad si se cumplió en menos de un mes. En consecuencia, se agruparon los tiempos para el cumplimiento en categorías así: i) de menos de un mes, ii) de uno a tres meses y iii) más de tres meses; se consideraron como fallos relativamente efectivos los cumplidos en menos de un mes.

El estudio encontró que, si bien en la mayoría de los casos el proceso de acción de tutela finaliza con decisión favorable al accionante, no se presenta una efectividad y un cumplimiento proporcional. Esto puede evidenciarse en que el 60.2 % de los fallos fueron cumplidos en menos de un mes, sin embargo, en 58 casos transcurrió más de un mes para el cumplimiento y en otros 15 nunca se cumplió la decisión. Según Echeverry López (2013), en la experiencia de los usuarios, la tutela ha venido perdiendo eficacia en cuanto a efectos prácticos, aunque se mantengan la mayoría de los fallos a favor, porque las instancias a las que se les ordena tutelar el derecho ignoran la decisión del juez.

A pesar de que la tutela sigue siendo el principal mecanismo para proteger el derecho fundamental a la salud, este trabajo evidenció que los fallos a favor de los accionantes no necesariamente garantizan la oportunidad y continuidad para la atención requerida; así como tampoco un manejo integral por parte de las entidades involucradas. Además, un porcentaje de la población se muestra insatisfecha con respecto a la atención recibida.

Según la sentencia T-408 de 2011, la integralidad en salud es la adopción de todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas (Corte Constitucional de Colombia, 2011). En el mismo sentido, el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 establece que la integralidad es “la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera con ocasión del cuidado de su patología y que sean considerados como necesarios por el médico tratante” (Congreso de la República, 2015). Al respecto se resalta que además de la autorización de los servicios debe garantizarse el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Conforme con lo planteado anteriormente, es difícil determinar cuándo se da o no la integralidad en el cumplimiento de la resolución judicial, dado que cada caso en concreto tiene especialidades y necesidades que serán expuestas por el respectivo médico tratante dependiendo de la patología. Siendo así, para esta investigación se decidió que en las entrevistas telefónicas se indagaría sobre los servicios extras entregados por la EPS, aparte de lo peticionado de manera específica; ya que, en su gran mayoría, las tutelas cogestionadas desde la Personería de Medellín tienen dentro de las peticiones el tratamiento integral, el cual es un principio básico del derecho fundamental a la salud.

Encontramos entonces que a pesar de que se tutelara la integralidad y el fallo lo otorgara, un 48.9% de las personas entrevistadas no recibieron ningún tratamiento extra al especificado, mientras que el 42.1% sí tuvo atenciones extras. A pesar de lo anterior, no podemos deducir que sea o no un tratamiento integral ya que no conocemos cuáles son las directrices del médico tratante. Debemos decir también que en un 8.9% no se posee información, pues en gran medida por ser acciones antiguas los accionantes no suelen recordar qué fue lo entregado.

No existen datos generales sobre satisfacción con respecto al sistema de salud en Colombia, pero existen datos específicos sobre satisfacción de los usuarios de cada una de las EPS y, en ese sentido, es necesario

aclarar que el nivel de satisfacción varía ampliamente, dependiendo de la naturaleza de la EPS y del régimen al que pertenezca el usuario. Un porcentaje de la población incluida en nuestro estudio muestra algún grado de insatisfacción frente a los servicios recibidos, a pesar de haber obtenido fallos favorables a las acciones impuestas. En un alto porcentaje de los casos las demandas fueron dirigidas contra las EPS, razón por la cual puede inferirse que existe insatisfacción frente a estas y frente a la atención recibida, toda vez que fue necesario acudir a instancias como la tutela para poder garantizar sus derechos.

Bibliografía

- Abadía, C. E., & Oviedo Manrique, D. (2010). "Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud". En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (9). (pp. 86-102). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Chiriví, C. A. (2014). *Acción de tutela en salud: Origen, evolución, jurisprudencia y alternativas a su interposición*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1251 de 2008 (2008). Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. (2015). Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1850 de 2017. (2017). Colombia.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, (1946).
- Constitución Política de Colombia (1991). 2da Ed. Legis
- Corte Constitucional (2002). Sentencia T-004. Bogotá. [MP Marco Gerardo Monroy]
- Corte Constitucional (2011). Sentencia T-408. Bogotá. [MP Gabriel Eduardo Mendoza]
- Corte Constitucional (2016). Sentencia T-081. Bogotá. [MP Gabriel Eduardo Mendoza]
- Corte Constitucional (2018). Sentencia T-210. Bogotá. [MP Gloria Stella Ortiz Delgado]
- Corte Constitucional (2019). Sentencia T-178. Bogotá. [MP Cristina Pardo Schlesinger]
- Defensoría del Pueblo (2017). *La tutela: Los derechos a la salud y la seguridad social en Colombia*.
- Echeverry, M. E. (2013). "La justiciabilidad del derecho a la salud: aprendizajes y usos de la tutela en salud en Medellín en el contexto de la reforma". En *Indignación Justa: Estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. (pp. 199-256). Medellín: Hombre Nuevo Editores.
- Franco, S. (2013). "Entre los negocios y los derechos". En *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2). (pp.268-284). Cuba: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

- Guerra, D., Preciado, H., Santa, J., Gómez, R., Gañan, J., Martínez E. & Zapata Z. (2011). *Experiencias y lecciones de un observatorio de salud en Colombia*. Medellín, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Análisis de la Situación en Salud (ASIS) 2017*.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Tomo 1)*.
- Organización Mundial de la salud. Inequidades y barreras en los sistemas de salud.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (1976).
- Personería de Medellín. (2018). "Información estadística tuteladas en salud". En *Informe de gestión*. [Guillermo Durán, Personero Municipal] Periodo marzo 2018-febrero 2019.
- Rodríguez, J., Rodríguez D. & Corrales, J. (2014). "Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013". En *Ciência y Saúde Coletiva*. 20(6) (pp. 1945–1958). Brasil: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

EL OBSERVATORIO POR EL DERECHO A LA SALUD DE MEDELLÍN EN EL HORIZONTE DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 2020-2030

Eliana Martínez Herrera; Joan Benach

El Observatorio: un diligente defensor del derecho a la salud

La salud pública y en general la salud como tal reúnen innumerables hechos sociales que deben ser cuidadosamente observados para que su mejora pueda ser realmente un objetivo alcanzable (Gilbert, 2012; Berkman, Brissete & Seeman, 2000). Aunque el lente social aplicado al derecho a la salud ha ido aumentando de manera lenta y sistemática en los países más desarrollados, y con una mayor legislación de los sistemas de salud en coherencia con el acceso universal y la gobernanza pública de la salud colectiva, el derecho fundamental a alcanzar la salud para toda la población dista aún mucho de conseguir lo que ha sido postulado y de lo que debería ser. En gran parte, ello se debe a la actual hegemonía de una investigación y unas políticas sociales reduccionistas, limitadas y mal enfocadas, cuya consecuencia final suele ser, como dice Moriconi (2009) un

malestar social asociado a la desigualdad y falta de salud como reflejo de una realidad social inequitativa y los determinantes sociales, ambientales, laborales y sanitarios asociados con ella.

La ciudadanía de Medellín, tal y como reflejan los informes de la Personería de la ciudad, se encuentra cada vez más consciente de lo que Haro & Pliego (2010) denominan el complejo proceso salud-enfermedad-asistencia, a la vez que se observa cada vez con preocupación la exclusión social y las inequidades existentes, buscando así reivindicar también una mejor normativa y unas políticas sanitarias y de salud pública más efectivas. Lo anterior todo se da en línea con los postulados sobre la salud claramente establecidos por la constitución de Colombia. En la misma dirección de concientización la ciudadanía continúa cuestionando las actuales brechas de desigualdad existentes en la salud y la prestación de servicios sanitarios y en consecuencia requiere alternativas en la sociedad civil organizada y en los dispositivos de carácter público, como lo es el Observatorio y en una ciudad como Medellín, la cual poco a poco se ha convertido en un ícono latinoamericano en la promoción de la defensa universal e integral al derecho a la salud. Ese objetivo, sin embargo, contrasta con la aún demasiado extendida ideología de la salud como un fenómeno individual que debe ser alcanzado a través de la responsabilidad personal de cada ciudadano, o de unos servicios sanitarios que deben basarse en la generación del lucro económico.

Una década después de la creación del Observatorio por el Derecho a la Salud, ODFS (2009), la población de la ciudad que conoce y siente como propio el ODFS apenas si alcanza segmentos muy aislados de la población urbana y rural de una ciudad –la cual tiene más de 2.5 millones de habitantes y que posee un número de migrantes registrados que oscila entre el 3% y el 5% (Banco Mundial, 2018; Stefoni 2018)–. Aun así, el ODFS, a través del liderazgo de la Personería de la Ciudad de Medellín, desea dotar a la ciudadanía de elementos para comprender la importancia del irrenunciable derecho a la salud. Disponer de un Observatorio de salud con enfoque de derechos liderado y orientado por un agente

público de control local no es común en los días actuales, donde muchas acciones de salud pública son efímeras y las decisiones de actores muy poderosos limitan el bienestar de la colectividad en beneficio propio. Esto debe decirse ya que las afectaciones en las personas, para el acceso digno al derecho fundamental a la salud, se debe a un capitalismo neoliberal que con mucha frecuencia evoca los Derechos Humanos de la población pero que a menudo no pone en práctica intervenciones efectivas para que los mismos sean una realidad.

Históricamente en Medellín los planes de gobierno locales de los últimos quince años han desarrollado acciones muy diversas para avanzar en el conocimiento y la mejora de los factores relativos al derecho a la vida, la seguridad y el cuidado del medio ambiente. Al tiempo, no obstante, cada vez son más las voces que se suman a la reivindicación del derecho a la salud y la vida desde un punto de vista integral que no se circunscribe a la mera asistencia sanitaria sino a la mejora de las condiciones sociales, laborales y ambientales que la ciudad ofrece para el logro real del buen vivir para toda la ciudadanía.

Continuando, el horizonte social y político que presentamos es el de un ODFS que no solo perviva, sino que siga mejorando cada vez más es fruto de la necesidad de lograr cada vez más victorias a la muerte, transformar el dolor en sonrisas, otorgar nuevas oportunidades a las formas sociales asociadas con la salud y el bienestar y, sobre todo, que dé muchas más razones a la ciudadanía para que esta comprenda la salud de una manera integral e integrada, en lugar de una visión retórica guiada por palabras vacías como “progreso”, “desarrollo”, “crecimiento” o “modernización”. Desde esta óptica crítica, debemos avanzar hacia una visión alternativa de los Derechos Humanos, tal y como muy acertadamente señala Herrero (2017) desde un punto de vista ecofeminista:

Todos los seres humanos nacemos vulnerables e indefensos en el seno de una madre, y llegaremos a ser libres e iguales en dignidad y derechos siempre y cuando recibamos una cantidad ingente de atenciones, de cuidados y de afectos, que deberán ser proporcionados por hombres y mujeres de

otras generaciones en una tarea civilizatoria sin la cual nuestra especie no puede existir; y en tal sentido, en caso de recibirlos podremos llegar a estar dotados de consciencia y de razón que nos permita vivir fraternalmente los unos con los otros, conscientes de que habitamos un planeta que tiene límites físicos, que compartimos con el resto del mundo vivo, y que estamos obligados a conservar.

Para alcanzar el objetivo de conseguir una mayor y más completa salud ciudadana como la que persiguen los llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, el Observatorio debe por tanto jugar un papel muy trascendente. El Observatorio es un instrumento de gestión pública que, sin haber sido declarado política pública a través de meros actos administrativos, se conforma como un instrumento político clave para la orientación de análisis completos, efectivos y útiles para realizar políticas públicas que avancen en el seguimiento y mejora de las metas soñadas. En este sentido, el ODFS debe ser considerado una experiencia de gestión del conocimiento que reivindica la construcción social de decisiones pensadas para el bienestar (Martínez, 2015).

¿Qué características debe tener en la próxima década un Observatorio por el Derecho a la Salud para acercarnos a la defensa por el derecho integral a la salud?

Si bien durante esta última década el Observatorio se ha consolidado como un espacio para que usuarios, prestadores de servicios y aseguradores del sistema de salud colombiano se sumen a la necesidad ética y moral de avanzar en los derechos colectivos para la salud, en el ODFS concurren aun demasiadas características contradictorias que a menudo tienen un carácter vago o difuso. Por un lado, el derecho a la salud suele ser un concepto demasiado impreciso y muy enraizado en una visión personal de la salud donde cada sujeto, en su rol como usuario, puede

reclamar sus derechos individuales sin tener en cuenta la dimensión social fundamental que representa la salud colectiva. Sin embargo, una observación atenta y actual de la salud pública sugiere que no estamos ante una simple suma de individualidades sino, como dice López (2000), de grupos sociales y de colectividades enraizadas en la construcción social de una ciudadanía que se reafirma en el bien común.

En ese sentido, el concepto del derecho a la salud de cada individuo, grupo social y colectividad no puede ser cuestionado, ya que se basa en la defensa del respeto, dignidad y vida humana en un horizonte social que haga frente a la desigualdad, explotación, discriminación, inseguridad social tan presentes en el mundo actual. Así pues, las características que se proponen a continuación quieren ofrecer, de una forma esquemática, pero lo más completa posible, el horizonte social y político para la próxima década con el fin de que el ODFS mejore su desempeño en relación directa con la agenda global de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Van de Pas *et al*, 2017).

De un lado, el ODFS ha de ser un resultado no meramente técnico sino también un ejercicio ciudadano colectivo en su capacidad de fortalecer la intersectorialidad. En efecto, aunque puede parecer un asunto de menor importancia, la puesta en común de los determinantes, dimensiones y características clave del Observatorio debe realizarse a través de un acto de diálogo e integración permanente con todos los niveles ciudadanos, que incorpore la participación ciudadana para intervenir sobre los determinantes sociales de la salud. Solo de ese modo será posible incidir en la mejora de sistemas integrados de información, en la articulación de sectores en la gestión y en el control crítico de calidad de los datos de acceso a servicios de salud, pero también en la generación de indicadores locales que ayuden a entender y transformar las desigualdades de salud.

Por otro lado, el ODFS debe convertirse en una caja de resonancia social que suponga acercar aquello que es distante para, de ese modo, interpretar y difundir el conocimiento y la información a toda la población por medio de actos de traducción de conocimiento. Estos actos son cada vez más apremiantes a tenor de la profunda desigualdad social en salud existente aun en la ciudad, pero también en la falta de visibilidad social

que sigue teniendo este fenómeno. Así mismo, el Observatorio debe estar estrechamente ligado a la capacidad de difusión de la información para que los diseñadores y ejecutores de las políticas públicas orienten adecuadamente los programas y proyectos, teniendo en cuenta la inclusión activa de la evidencia comunitaria a través de una visión crítica del supuesto bienestar occidental; bienes generado por un neoliberalismo incapaz de reducir la desigualdad y la injusticia social (Han, 2017).

Finalmente, a través del mapeo completo del nivel de investigación desarrollado en la ciudad, el ODFS debe complementarse con los subsistemas de monitoreo y seguimiento ya existentes que deben proveer insumos de interés en el avance del derecho fundamental a la salud en Medellín. En ese sentido, un laboratorio de estudio como el ODFS debe poder obtener una mirada de la salud poblacional y de la equidad compleja a partir de los efectos generados por los determinantes sociales, laborales y ambientales de la salud en las metas trazadas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la Ciudad.

En resumen, disponer una buena *observación* como proceso debe redefinirse partiendo de la permanente interacción social a través del diálogo comunitario, la capacidad de incidencia en los sectores para la salud con una resultante en incidencia política; pero con la necesaria creación de nuevas dependencias funcionales para el Observatorio que permitan la interpretación y transformación de la información en clave de los desafíos trazados para Medellín en los Objetivos de Desarrollo Sustentable y la difusión de la información en tiempo real. Ello no debe dejar de lado el control *crítico social* de la calidad y gestión de datos mediante un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación complejo sobre el derecho fundamental a la salud.

¿Cómo desarrollar el Observatorio del Derecho a la Salud para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la década 2020-2030?

No cabe duda de que el Observatorio por el Derecho a la Salud ha significado un importante paso adelante para el entendimiento ciudadano de la

atención sanitaria, donde cabe destacar el esfuerzo realizado en materia de vigilancia y control. Sin embargo, como sea que el ODFS siga centrado en el acceso a los servicios sanitarios, la ausencia de una caracterización adecuada de la población vulnerable, así como la falta de información existente sobre los determinantes sociales de la salud, hacen que el conocimiento necesario para avanzar en el objetivo del goce efectivo a la salud para toda la población sea aún muy insuficiente y limitado.

Es importante resaltar que el goce efectivo por el derecho a la salud estuvo en el núcleo inicial del ODFS. Sin embargo, con el tiempo, la mejora institucional e investigadora del país hizo que el derecho a la salud fuera progresivamente concebido como un asunto más amplio y fundamental, donde teóricamente fueron incluidos los determinantes sociales de la salud, la promoción social y colectiva de la salud, la prevención de la enfermedad, así como el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de toda la población, sin la existencia de ninguna discriminación. Tanto el goce efectivo a la salud como el derecho colectivo fundamental a la salud fueron concebidos modestamente en los inicios del Observatorio, de modo que los lazos comunitarios e institucionales que se fueron tejiendo con el tiempo hicieron posible integrar acciones intersectoriales de gestión del conocimiento con varias maneras de apropiación por parte de la comunidad, con las políticas en salud en coherencia con la orientación comunitaria práctica de las intervenciones (Anston, 2000; Hemming & Wilkinson, 2003; Wilkinson 2010). En ese momento el Observatorio ha conseguido un amplio tejido social institucional, donde, aunque lo observado se alejó de la política real, esa riqueza social nos permite hoy concebirlo como un instrumento que puede desarrollarse para ayudar a entender y repensar la salud de la ciudad en el marco de la agenda global de los Objetivos de Desarrollo Sustentable.

Un Observatorio vigilante del derecho a la salud debe ser, por su propia naturaleza, un Observatorio amplio, selectivamente inteligente, a la vez que adaptable y capaz de analizar los determinantes de todo tipo que contribuyen a la ocurrencia de las desigualdades en salud y los problemas

de salud poblacional. Un Observatorio debe movilizar temas afines al derecho a la salud, debe también estar siempre predispuesto al cambio, presto en adquirir, procesar y fortalecer la información indispensable para ayudar a la toma de decisiones de los planificadores de políticas públicas. Además, debe ser muy consistente con el desarrollo de capacidades para la vigilancia y la gestión de datos de los diferentes sectores que influyen en la salud de la población. Un Observatorio con estas características debe también permitir formular nuevas preguntas y articularse a situaciones muy diversas de salud de carácter intersectorial (Bergonzolli, 2006; WHO, 2012; Castillo-Salgado 2015).

“**Salas situacionales**, espacios virtuales para la transferencia de conocimiento y el desarrollo de las soluciones de acuerdo con el contexto de la ciudad que acorde a la misión y contexto institucional, desarrollo de habilidades de investigación operativa, anclado a redes académicas como plataforma de innovación organizacional ciudadana con indicadores consistentes para el reforzamiento de la acción comunitaria, ambientes saludables, desarrollo de habilidades personales”

Fuente: Tomado de Castillo-Salgado 2015.

Cuando pensamos la salud como derecho debemos recordar, en el marco de la legalidad internacional, cuatro dimensiones especialmente relevantes.

- **Construcción histórica.** El derecho a la salud fue creado a mediados del siglo pasado en la Europa postbélica tras numerosas luchas y acuerdos sociales con la creación del Servicio Nacional de Salud Británico, NHS, como estandarte de un sistema nacional de salud con cobertura universal. Es en este sentido, el ODFS debe actualmente reformarse para así cumplir el conjunto de desarrollos y conocimientos adquiridos por una salud pública que aporte una profunda mirada sobre la equidad.

- **Proyección.** La necesidad de ir más allá de la simple limitación a la sanidad. La salud como derecho humano no puede entenderse solo como derecho a la asistencia sanitaria (Braveman, 2012). El ODFS debe cumplir ese papel, integrando la información de salud y sus causas de forma integral en toda la población de la forma más completa posible, y, en especial, con indicadores adecuados sobre unos determinantes sociales de la salud (empleo, trabajo, alimentación, ambiente, protección social, sanidad); aspectos hoy en día debilitados o maltratados en el contexto actual de expansión y profundización del capitalismo neoliberal.
- **Generalización a toda la población.** En ese sentido ha habido múltiples críticas respecto al marco teórico e histórico de los Derechos Humanos y a su extensión en otras regiones del planeta. Cabe aquí destacar la necesidad de entender los llamados ejes de la desigualdad social, donde se incluyen indicadores como la estratificación y la clase social, el género, la situación étnica y migratoria, e indicadores geográficos adecuados, entre otros.
- **Valoración.** Los derechos económicos, sociales y culturales deben ser considerados Derechos Humanos de segunda generación que deben cumplirse. Su ratificación y cumplimiento está fundamentalmente en manos de cada Estado, sin que aun exista la adecuada jurisprudencia que obligue a los países a su obligado cumplimiento y de ese modo a lograr una visión integral de la salud colectiva y la equidad en salud (UN- SDGs, 2016).

Esas consideraciones nos llevan a puntualizar varios supuestos hoy imperantes en el discurso de la salud como derecho humano que son necesarios para otorgarle nuevas características al Observatorio. En esa dirección, una reivindicación fundamental de las agencias internacionales en Derechos Humanos es la necesidad de lograr el acceso universal a la salud tal y como se recoge, por ejemplo, en la meta tercera “Buena Salud y bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. No obstante, dado que el planteamiento de lograr la cobertura

universal de salud, el acceso a servicios sanitarios básicos de calidad y a fármacos y vacunas seguros, efectivos y asumibles económicamente para todos, se plantea desde una perspectiva basada en principios neoliberales, no es extraño que el antecedente inmediato de los Objetivos de Desarrollo Sustentable –los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobados en 2000 con el compromiso de ser alcanzados en 2015– alcanzaran resultados bastante decepcionantes y fueran impulsados al mismo tiempo que los Paquetes de Ajuste Estructural tutelados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) en muchos países.

En resumen, el actual capitalismo neoliberal no solo ha cometido desastres sociales y de salud enormes en los países del “tercer mundo”, sino que incluso mediante la expansión de políticas de austeridad y otras reformas ha puesto en riesgo el derecho a la sanidad en países que se consideraron modelos como es el caso de Gran Bretaña, Suecia o España.

El Observatorio del Derecho a la Salud
debe transformarse para avanzar hacia
un desarrollo justo y solidario de la salud
ciudadana

Oportunidades locales

El Observatorio del Derecho a la Salud, ODFS, debe aprender a conectar mucho mejor el capital intelectual existente en la ciudad de Medellín con sus ideales de justicia social. Un hecho social al que no puede ni debe renunciar el ODFS aun, y manteniendo su independencia, es aprovechar la capacidad de los centros de investigación existentes en la ciudad que, aun y con profundas limitaciones presupuestarias y recortes de parte de los gobiernos, deben ser capaces de ayudar a mejorar la extensión y calidad del conocimiento generado por el Observatorio.

Además, el ODFS debe fortalecer también su capital relacional. Es decir, su relación con los actores del sistema de salud y, por supuesto,

con otros actores que inciden políticamente en la salud de los distintos grupos sociales ciudadanos. En ese sentido, el derecho a la salud debe hallar en el ODFS una colaboración, una especie de “bálsamo integrador”, que permita superar reduccionismos y visiones individualistas de un fenómeno tan complejo como la salud colectiva y la equidad y sus causas. Así pues, el ODFS debe ser un instrumento privilegiado que debe seguir representando un excelente mecanismo vinculante entre la desesperanza hoy existente en muchos sectores sociales y los pasos que debemos inevitablemente andar en pro de la justicia social y de la solidaridad humana en un Medellín que sea verdaderamente saludable.

Desafíos globales

En el actual e incierto horizonte político global, una reflexión final debe servirnos a la vez como aviso y como reto en un momento en el que el discurso de los Derechos Humanos está en crisis, y donde se plantea una inquietante pregunta global: *¿Cómo hacer posible el derecho integral a la salud?* Sousa Santos (2014) ha apuntado la fragilidad de los Derechos Humanos como gramática de la dignidad humana, poniendo en la base la sustitución del concepto de “utopía” por el de los “derechos”; señalando además que en el marco de los Derechos Humanos se sigue sin actuar pensando en los derechos para las generaciones futuras –cambio climático y la crisis ecológica–, porque estas todavía no tienen deberes. Ello debe hacernos reflexionar sobre algunas estrategias y desafíos de carácter global.

En la última década se ha extendido la estrategia de salud pública conocida como Salud en Todas las Políticas, cuyo objetivo –al menos teórico– es avanzar en el logro de conseguir buena salud para todos, a la vez que aumentar la equidad en salud. Se trata de una estrategia que, mediante acciones intersectoriales de tipo político, social, económico, científico-técnico y cultural, pretende desarrollar respuestas sistémicas que planteen la salud como un derecho universal que, como señalan Ståhl *et al* (2006), ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades

de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. Sin embargo, dado que la salud de los pueblos depende fundamentalmente de sus condiciones materiales; bajo el capitalismo actual, neoliberal, financiarizado y desregulado, sostenido en la acumulación por desposesión de bienes comunes, relaciones de poder asimétricas y la generación de grandes desigualdades sociales, parece utópico pensar en el logro de la salud universal.

De este modo, frente a las presiones sistémicas de tipo autoritario, y con el fin de democratizar el Estado y las instituciones internacionales para así controlar y regular a los grandes oligopolios, es imprescindible no solo repensar el discurso hegemónico del derecho a la salud, sino también los límites de la estrategia de la salud en todas las políticas. En ese sentido, cuando hablamos de Derechos Humanos debemos hablar al mismo tiempo de todos los derechos –los derechos fundamentales de una vida digna–, lo cual requiere implementar respuestas políticas de tipo sistémico. Eso quiere decir, por ejemplo, que se debe elegir entre comer y ser libre, entre tener educación y poder vivir, entre tener salud y no ser torturado. Todos son derechos inalienables a la condición humana. Y ello no solo por un sentido de dignidad y de justicia, sino porque el derecho a la salud no puede entenderse si no se tiene en cuenta el conjunto de derechos sociales. Es pues a través de su corporeización mediante las luchas y las reivindicaciones sociopolíticas, y del logro de un profundo cambio legal y cultural, como el derecho a la salud deberá convertirse junto al resto de derechos sociales en un derecho humano de primer nivel.

Para que el Observatorio del Derecho a la Salud amplíe su enfoque como el propuesto en este capítulo, hace falta un equipo académico y social críticamente comprometido con las metas generales de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sustentable promovidos por las Naciones Unidas. Ese equipo deberá desarrollar un plan estratégico que permita ampliar y mejorar los indicadores existentes, su pertinencia, su calidad y su continuidad en el tiempo. Por su parte, las autoridades gubernamentales locales deberán poner en marcha los recursos suficientes para

que el logro del ODFS de Medellín se convierta en un observatorio de referencia en América Latina en el campo de la salud, la sanidad, los determinantes sociales, laborales y ambientales y la equidad. De todos esos esfuerzos dependerá que ese logro sea posible en la próxima década.

Bibliografía

- Anston, J. (2000). "Public Health Observatories-the key to timely public health intelligence in the new century". En *Journal Epidemiology Community Health*, (724). Londres: Grupo BMJ.
- Banco Mundial (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia: Impactos y Estrategia de respuesta en el Corto y Mediano Plazo*. Washington, DC: Grupo Banco Mundial.
- Bergonzolli, G. (2006). *Sala Situacional: Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública. Programa de Análisis de Información en Salud OPS/OMS*. Washington, DC.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). "From social integration to health: Durkheim in the new millennium". En *Social Science & Medicine*, 51(6). (pp.843-857). Holanda: Elsevier.
- Braveman P. (2010) "Social conditions, health equity, and human rights". En *Health Hum Rights*, 12(2). (pp.31-48). San Francisco: Center on Social Disparities in Health.
- Castillo-Salgado, C. (2015). "Developing an academia-based public health observatory: the new global public health observatory with emphasis on urban health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health". En *Cadernos de Saúde Pública*, 31. (pp.286-293). Rio de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca.
- De Sousa Santos, B. (2014) "Derechos Humanos, democracia y desarrollo. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad". *Dejusticia*.
- Gilbert, M. (2012). "Durkheim and social facts". En *Debating Durkheim* (pp. 100-123). Abingdone: Routledge.
- Han, B. C. (2017). *La expulsión de lo distinto*. España: Herder Editorial.
- Haro, J. A., & Pliego, J. T. P. (2010). "Reseña a Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances". En *Revista Pueblos y fronteras digital*, 7(14), (pp.269-279). México: UNAM.
- Hemming, J., & Wilkinson, J. (2003). "What is a public health observatory?" En *Journal Epidemiology Community Health* (57), (pp.324-326). Londres: Grupo BMJ.
- Herrero, Y. (2017) "Propuesta ecofeminista para un mundo sostenible" En *Jornadas de Debate Feminista 2017*. Montevideo, Uruguay
- López Calera, N. (2000). *¿Hay derechos colectivos?: individualidad y socialidad en la teoría de los derechos*. Barcelona: Ariel.

- Martínez-Herrera, E., López-Ríos, J. M. & Salas-Zapata, L. (2015). "Lecciones aprendidas de gestión del conocimiento para la salud pública: algunos espacios observados en Colombia". En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Moriconi, M. (2009). "El malestar social y la víctima-cómplice". En *Polis Revista Latinoamericana*, 5(1), (pp.115-142). Chile: Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas, Universidad de Los Lagos.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in all policies. *Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
- Stefoni, C. (2018). Panorama de la migración internacional en América del Sur. ONU: Editorial CEPAL.
- Van de Pas, R., Hill, P., Hammond, R., Ooms, G. Forman, L., Waris, A., Brolan, C., McKeen, M. & Sridhar, D. (2017). "Global health governance in the sustainable development goals: Is it grounded in the right to health?" En *Global Challenges*, 1(1), (pp.47-60). Estados Unidos: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wilkinson, R. J. (2010). The first ten years of Public Health Observatories in England – and the next? En *Public Health* 124. (pp.245-247). Reino Unido: Elsevier.
- World Health Organization. (2012). *Global Health Observatory*. Geneva: WHO

Parte III

EMERGENCIA DE LUCHAS
POR EL RECONOCIMIENTO
DE LOS DERECHOS

CONSULTORIO DE SEGURIDAD
SOCIAL INTEGRAL, UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA 2003-2018.
UNA APUESTA POR LA DEFENSA
DEL DERECHO A LA SALUD
Y A LA SEGURIDAD

Yuly Andrea Marín Ospina

Introducción

El Consultorio de Seguridad Social Integral, CSSI, es un programa inter-facultades de la Universidad de Antioquia que actualmente cuenta con la participación de la Facultad de Medicina, Facultad Nacional de Salud Pública y la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Fue creado en 2003 como una iniciativa de estudiantes de pregrado de Administración en Servicios de Salud, orientada a la atención de la población afiliada al régimen subsidiado y vinculada –ahora, población pobre no asegurada– que presentaba barreras de acceso a los servicios de salud. A medida que se desarrollaba la atención, se evidenció que las barreras afectaban también a la población del régimen contributivo y se presentaron demandas de la población por asesorías para acceso a servicios y beneficios en los sistemas de riesgos laborales y pensiones.

Actualmente el CSSI tiene como propósito acompañar a la población en la superación de barreras de acceso a los servicios y beneficios del Sistema General de Seguridad Social Integral, SGSSI, en los Sistemas de Seguridad Social en Salud, SGSSS, Sistema General de Riesgos Laborales, SGRL, y en el Sistema General de Pensiones, SGP. Esta misión se lleva a cabo a través de tres focos de trabajo organizados en consonancia con los ejes misionales de la Universidad: extensión, docencia e investigación. Este texto describe inicialmente la experiencia del CSSI como una propuesta que puede llevarse a otros escenarios y territorios y ser replicada según los contextos. Para exponerlo, se presentan algunos resultados del trabajo realizado durante los últimos 15 años y se plantea elementos de discusión en torno al derecho fundamental a la salud, la responsabilidad social de la Universidad, la formación e investigación y el trabajo en redes.

Descripción de la experiencia

El CSSI es en esencia una propuesta de extensión solidaria de la Universidad de Antioquia. En este eje de extensión se desarrollan actividades de asesoría, educación y comunicación. La asesoría es un servicio ofrecido por profesionales en derecho y medicina adscritos como docentes a las respectivas facultades, quienes reciben a las personas y sus casos en compañía de estudiantes de diferentes programas en prácticas académicas. A las personas que consultan de forma espontánea o que son direccionados por instituciones o profesionales, se les asigna una cita programada y, eventualmente, se atienden personas sin programación cuando se trata de casos urgentes de salud o próximos a vencimiento de términos en procesos legales específicos.

En esta asesoría se realiza por parte del equipo la escucha, análisis y discusión de los casos, los cuales presentan dos salidas. Por un lado, están los casos simples que requieren educación básica sobre los derechos, deberes y procedimientos para el acceso a los servicios y beneficios en los diferentes sistemas. Estas consultas pueden o no requerir de nuevas

atenciones. En segundo lugar, están los casos complejos que requieren la realización de procedimientos legales y el acompañamiento y seguimiento del caso por parte de los estudiantes y docentes. Estos casos demandan varias atenciones. En relación con los procedimientos legales, en el CSSI se realizan procedimientos como derechos de petición, acciones de tutela, incidentes de desacato, apelaciones, remisiones y contactos institucionales. Estos últimos se refieren a contactos establecidos con algunas aseguradoras como EPS y ARL y actores del SGSSS como la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia; son contactos que se han gestionado con la colaboración de la Personería de Medellín y de su Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud. Con los contactos institucionales se busca el acceso de forma expedita sin el uso de procedimientos legales. Cabe anotar que la atención es gratuita y no existen criterios de exclusión relacionados con el estrato socioeconómico de las personas que demandan la atención, la cual se presta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, con excepción de algunos periodos en los cuales se ha llevado el CSSI a los corregimientos de Santa Elena, San Antonio de Prado y Palmitas de la ciudad de Medellín y en otros municipios de Antioquia a través de Telesalud. En ambos casos, en el marco de proyectos de intervención ejecutados por la Universidad.

En la experiencia acumulada a través de las asesorías se ha identificado que una de las razones de vulneración de los derechos a la salud y a la seguridad social, y que acompaña a la mayoría de los casos que se atienden, está relacionada con el desconocimiento de las personas sobre sus derechos, deberes y, especialmente, de los procedimientos para hacerlos efectivos. Lo anterior, en contextos de bajos niveles de escolaridad, económicos y de poco o nulo acceso a medios y redes sociales, acentúa la vulneración. Atendiendo a esta realidad, el CSSI ha realizado actividades de educación y comunicación en diversos temas sobre salud y seguridad social haciendo uso de diversas estrategias. Inicialmente estas acciones estaban dirigidas a los usuarios del CSSI y otros públicos que demandaban estos servicios. Los temas que se abordaban trataban asuntos

relacionados con lo encontrado en la consulta o con las demandas de las comunidades.

Como estrategias se ha hecho uso de conversatorios, exposiciones magistrales, talleres, entre otras. En 2013 se analizó y replanteó la estrategia educativa encontrándose necesario el cambio, el cual fue orientado hacia lo que en la actualidad ofrece el CSSI: un curso de formación en salud y seguridad social integral de 32 horas dirigido a población general, especialmente a líderes comunitarios, el cual busca llegar a más público y dinamizar el conocimiento en los territorios; haciendo uso de elementos de la estrategia de “formación de formadores”. De forma más reciente se ofrece un curso de seguridad y salud en el trabajo, con características similares a las antes mencionadas. Otra estrategia han sido la difusión de contenidos a través de la radio, con la participación regular en el programa *Consultorio Médico* de la Emisora de la Universidad de Antioquia y a través de la producción de una serie radial educativa en seguridad social de acceso libre (Consultorio de Seguridad Social Integral, 2016). Igualmente se ha hecho uso de la difusión de contenidos relacionados con el derecho a la salud y a la seguridad social a través de diferentes medios como el portal de la Universidad y boletines locales, entre otros. Se continúan realizando conferencias y conversatorios abordando temas según el interés de las personas u organizaciones que demandan de estas actividades, como en el caso de la participación del CSSI en festivales o jornadas en salud en las cuales se llevan los servicios de asesoría y educación. En 2018 el CSSI se vinculó, junto con el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín, a la Cátedra abierta en Seguridad Social, como una estrategia relevante para la difusión, estudio, análisis y discusión de temas de actualidad.

En el eje de docencia, el segundo de los anunciados anteriormente, el CSSI es un espacio de formación que sirve como escenario de prácticas en diferentes modalidades a estudiantes de varios programas, principalmente en la Universidad de Antioquia y en menor proporción de otras Instituciones de Educación Superior. Los estudiantes de derecho realizan

su práctica de consultorio alternativo de un semestre de duración y tiene un papel protagónico en la asesoría, realización de procesos legales en casos complejos, seguimiento de casos y actividades de educación con las comunidades. Los estudiantes de medicina de diferentes niveles de formación y de administración de servicios de salud, realizan pasantías cortas en el CSSI en el marco de cursos de seguridad social, asistiendo a la consulta para el estudio y análisis de casos. En forma intermitente se ha contado con la participación de otras áreas del conocimiento como trabajo social, comunicación, gerencia en sistemas de información y archivística, realizando prácticas relacionadas con sus áreas del conocimiento. De forma reciente se vincularon estudiantes de Derecho de la Universidad CES. Tanto en las actividades de asesoría como de educación los estudiantes cuentan con el acompañamiento de docentes asesores y tiene la posibilidad de interactuar entre ellos.

El tercer eje, la investigación, se ha ejecutado a raíz de la motivación de estudiantes y docentes quienes perciben la necesidad de profundizar en el estudio del derecho a la salud y a la seguridad social, encontrando vacíos de conocimiento y normativo. Estudiantes y docentes consideran que requieren de la investigación como herramienta para su estudio y de allí surge en 2016 el Semillero de Investigación Interfacultades de Seguridad Social Integral; este semillero se encuentra adscrito a las Facultades de Medicina y Derecho y Ciencias Políticas y a la Red de Semilleros de Investigación de la Universidad de Antioquia, Red Sin. El semillero tiene como propósito fomentar la investigación formativa y formal a través de un espacio académico interdisciplinario, con el fin de generar conocimiento y proponer soluciones a las problemáticas del SGSSI. Además, es el escenario idóneo para construir un espacio de intercambio y difusión de experiencias académicas, tanto con otras instituciones como con la comunidad. Actualmente cuenta con la participación de estudiantes de diferentes programas, docentes y egresados, y tres subgrupos de trabajo organizados alrededor de los temas de salud, riesgos laborales y pensiones.

En su quehacer el CSSI ha establecido un trabajo colaborativo con diferentes organizaciones y programas relacionados directamente con el derecho a la salud y a la seguridad social, o que abordan otros asuntos y demandan los servicios que ofrece el consultorio. Entre los más relevantes se encuentran el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín, Consultorios Jurídicos y Bienestar Universitario de la Universidad de Antioquia, Unidad de Discapacidad de Medellín, Programa de Buen Comienzo, entre otros. Estas redes funcionan en doble vía, ya sea al direccionar casos que requieren de los servicios del CSSI, o al servir como punto de referencia para las personas que consultan.

En relación con la sostenibilidad, el CSSI se ha financiado con recursos de la Universidad de Antioquia, a través de fondos generales y especiales. Los primeros permiten financiar a los profesionales, los espacios, equipos e insumos. Los segundos han sido relevantes además del aporte para funcionamiento, en el desarrollo de actividades específicas de educación y asesorías en otras modalidades o territorios. En un comienzo los recursos percibidos a través de convocatorias de proyectos de extensión, específicamente del Banco Universitario de Proyectos y Programas de Extensión, Buppe, fueron indispensables para el desarrollo de esta iniciativa. Paulatinamente, y con la colaboración de las unidades académicas participantes que se concreta a través de un convenio, el funcionamiento del CSSI se realiza en su mayoría con recursos de fondos generales, lo cual lo convierte, en la actualidad, en un programa sostenible que realizó el tránsito de “proyectos” a “programa”.

El CSSI, además de su quehacer, es un espacio que ha permitido la integración de los ejes misionales de la Universidad, en donde la extensión solidaria se convierte en un escenario para la docencia con un beneficio en doble vía: para las personas que consultan, quienes reciben asesoría y educación, y para los estudiantes quienes se forman en contextos reales. La experiencia acumulada generó la necesidad de desarrollar la investigación formativa y formal, con lo cual se integran en un solo espacio la extensión, la docencia y la investigación. Por otro lado, en el

CSSI convergen diferentes disciplinas, especialmente la Medicina y el Derecho, lo cual ha aportado bastante para el estudio, análisis y asesorías de los casos de salud, riesgos laborales y pensiones.

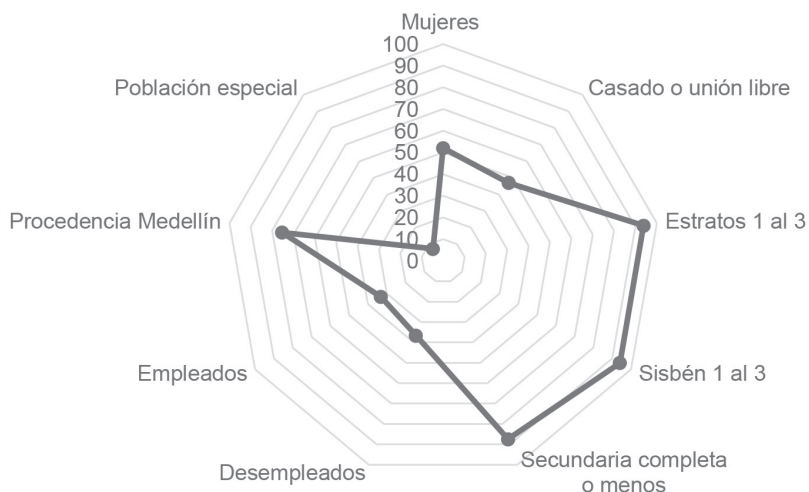
Resultados

Se describirán los resultados del trabajo del CSSI siguiendo la estructura planteada en la descripción: asesoría, educación, docencia e investigación. En el componente de asesorías se describirán inicialmente algunas características de las personas que consultan y posteriormente de los casos.

Asesorías

- **Sobre las personas**

La población que solicita y accede a los servicios del CSSI se caracterizó según el sexo, al ser 52% mujeres. En relación con el estado civil el 47.7% presentaban una relación, ya fuese casados o en unión libre. Con respecto al estrado socioeconómico, el 93.8% de las personas que consultaron pertenecían a los estratos 1, 2 y 3. Información que se relaciona con la distribución de la población según el nivel de Sisbén, en donde se encontró que el 94.1% pertenecían a dichos niveles. Según el grado de escolaridad, el 7.2% eran analfabetas, el 80.3% tenían niveles iguales o inferiores a secundaria completa y el 12.5% había accedido a educación superior. Según la ocupación, el 36.6% de la población estaba desempleada en el momento de la consulta, seguida por un 33.1% con empleo, el restante de la población eran personas pensionadas, empleadas sin remuneración y estudiantes. El 7.3% pertenecían a población especial, principalmente por discapacidad con un 46.5%. El 75.3% de las personas que consultaron procedían del municipio de Medellín, un 13.3% de otros municipios del área metropolitana, y el restante de otros municipios de Colombia.



Gráfica 1. Perfil sociodemográfico de las personas que consultan al CSSI.

Según el aseguramiento en los tres subsistemas la tabla 1 describe la situación de las personas al momento de la consulta.

Tabla 1. Aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones de las personas que consultaron en el CSSI entre 2003 y 2018.

Aseguramiento	%
Régimen contributivo	59,7
Régimen Subsidiado	32,7
Pobre no asegurado	7,6
Riesgos Laborales	43
Pensiones	60,3

- **Sobre los casos**

Entre 2003 y 2018 han sido atendidos aproximadamente 6.813 casos. Según el subsistema de consulta, el 44.8% consultaron por casos relacionados con el sistema de salud, el 23.3% con riesgos

laborales y 25.8% con pensiones. El porcentaje restante se relaciona con casos que no se llevan en el CSSI. Según la clasificación en casos simple y complejos (explicada anteriormente), el 58.6% fueron simples y el 41.4% eran casos complejos. En el Sistema de Riesgos Laborales los principales motivos de consulta son la necesidad de valoración de pérdida de capacidad laboral con un 35%, seguido de la controversia con el origen de la enfermedad con el 14%, y el 11% estaba entre otros motivos. En el Sistema General de Pensiones las consultas obedecen en su mayoría a la necesidad de acceso a la pensión de invalidez con un 21%, de sobreviviente está el 17% y de vejez con un 13%.

Tabla 2. Motivos de consulta de los casos relacionados con SGSSS.

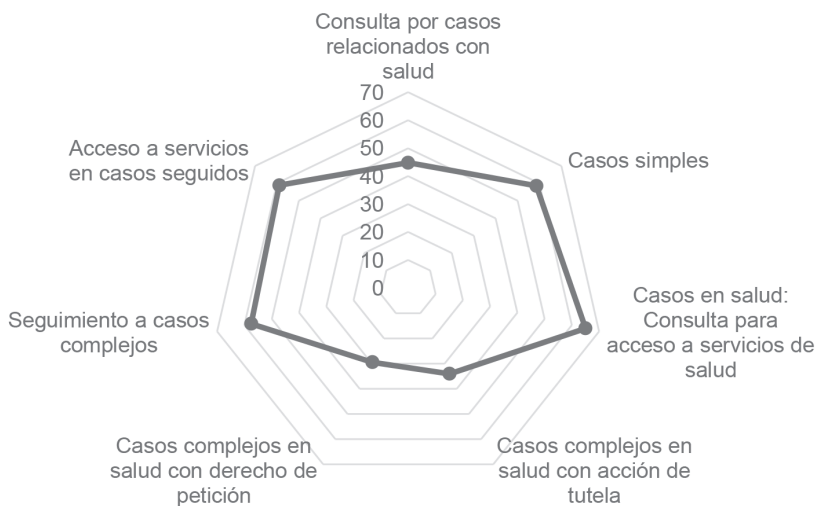
Motivos de consulta de los casos relacionados con SGSSS	%
Solicitud de acceso a servicios de salud	65
Afiliación	14
Otros	8
Demanda por responsabilidad médica	7
Reconocimiento económico por incapacidad	5
Reembolso	1
Total	100

Como se relató anteriormente los casos complejos requieren de la realización procedimientos legales que se describen a continuación.

Desde el 2011, a los casos complejos, que demandan de procedimientos legales, se les realiza seguimiento con el fin de verificar acceso a los servicios de salud. Entre el 2011 y el 2018 se realizó seguimiento al 57.5% de los casos complejos. De estos casos se pudo verificar acceso real a los servicios de requeridos en el 58.9%.

Tabla 3. Tipo de procedimientos realizados en los casos complejos atendidos entre 2003 a 2018.

Tipo de procedimiento	%
Acción de Tutela	34,1
Derecho de Petición	29,5
Contacto institucional	15,2
Remisiones	10,6
Apelación	5,6
Incidente de desacato	5
Total	100



Gráfica 2. Características de los casos atendidos.

Educación y comunicación

Entre el 2003 y 2012 se documentaron 45 actividades educativas dirigidas a usuarios del CSSI en un 64% y realizadas en la Facultad de Medicina

en un 46%, abordando en su mayoría temas relacionados con el SGSSS (58%) y usando el taller como principal estrategia (54%).

En 2013 se evaluó y replanteó el componente de educación del CSSI, donde se hallaron novedades como la necesidad de salir de la Universidad y llevar las actividades a los territorios, el uso de estrategias que permitieran a través de didácticas activas formar en salud y seguridad social, además de ampliar el número de personas que se beneficiarían. Adicionalmente, se consideró relevante no solo abordar temas específicos del SGSSS, sino brindar elementos que permitieran conocer y comprender el SGSSI, desde la perspectiva de derechos y deberes como una apuesta para la construcción de ciudadanía. Se diseñó un curso conformado por ocho talleres de cuatro horas, para un total de 32 horas. Los contenidos básicos del curso son: i) Seguridad Social, salud y derecho a la salud, ii) Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Generalidades y estructura, iii) Acceso a los servicios de salud, iv) Herramientas para la defensa del derecho a la salud, v). Participación social en el SGSSS, vi) Sistema General de Riesgos Laborales, vii) Sistema General de Pensiones y viii) Herramientas básicas de educación y comunicación.

Es importante anotar que, si bien se cuenta con contenidos básicos, en cada curso se parte de las realidades y necesidades de los participantes y se realizan la adecuación de los contenidos. Por ejemplo, se han realizado cursos con énfasis en personas con discapacidad y adultos mayores, de igual forma se amplía el número de talleres según las necesidades. En cada taller se parte de los saberes previos de los participantes, se realiza abordaje de los conceptos y normas relacionados y se hace uso de didácticas activas que permitan la apropiación de las herramientas –búsquedas en páginas web, elaboración de derechos de petición y tutelas, entre otros–.

Desde 2013 se han realizado 13 cursos, beneficiando aproximadamente a 325 personas. Solo dos cursos, a petición de los participantes, se ha realizado en la Universidad, el resto se llevó a las comunidades; en algunos casos corregimientos del Medellín (Santa Elena, Palmitas y San

Antonio de Prado) y al municipio de Sonsón. En un comienzo los cursos se realizaban con recursos de proyectos Buppe y no contaban con la participación de estudiantes. En la actualidad se realiza como mínimo un curso semestral (sin requerir recursos vía proyecto) y se vinculan los estudiantes, quienes reciben una formación en los temas y didácticas teniendo a cargo actividades específicas que buscan desarrollar competencias transversales en educación y comunicación.

Esta experiencia dio como fruto el diseño de una caja de herramientas (Marín, 2017), la cual contiene siete cartillas en las cuales, además de los contenidos temáticos, se entrega a los participantes las guías de taller, didácticas y bibliografía; material que le permite llevar este conocimiento a otros escenarios comunitarios donde se desempeñe. Desde el inicio se planteó la “formación de formadores” como una estrategia que posibilita la apropiación y difusión del conocimiento. Esta experiencia nos ha mostrado que este interés demanda de ejercicios de mayor continuidad con las comunidades y el acompañamiento y asesoría permanente a esos nuevos formadores.

En 2018, a raíz de las necesidades de educación observadas en el campo de seguridad y salud en el trabajo, se diseñó un curso de 36 horas. Se realizó un piloto de esta propuesta educativa con trabajadores informales del reciclaje en la comuna 3 de Medellín y, actualmente, se están revisando y adecuando los contenidos y didácticas. El objetivo central es dar respuesta especialmente a los trabajadores del sector informal y de bajos niveles de escolaridad, quienes presentan precarias condiciones laborales y poca respuesta institucional al respecto.

En docencia

Semestralmente se reciben entre 6 y 9 estudiantes de Derecho en prácticas académicas. Como pasantía de uno o varios días se reciben semestralmente un promedio de 67 estudiantes de Medicina y Administración en Servicio de Salud. Adicionalmente se reciben de forma intermitente estudiantes de otras disciplinas que desean hacer sus prácticas en el CSSI,

como es el caso de practicantes de comunicación que han participado en la elaboración de productos educativos como la caja de herramientas y la serie radial educativa. Estudiantes de Gerencia en Sistemas de Información, Archivística y Tecnología en Sistemas han sido claves en el desarrollo del sistema de información, levantamiento de los procesos de gestión en general y gestión documental en particular. Los estudiantes del programa de Trabajo Social han aportado en la gestión de diferentes necesidades sociales de las personas que consultan. Esto ha posibilitado que a través de las prácticas se desarrollen y organicen no solo procesos misionales, si no también estratégicos.

Para medir la permanencia en la práctica se toma como indicador el número de estudiantes que terminan su práctica sobre el número de estudiantes matriculados, oscilado entre el 95% y el 100% de estudiantes que matriculan y terminan sus cursos. En la evaluación cualitativa de esta experiencia los estudiantes destacan la posibilidad de aplicar, en la práctica y con casos reales, los conocimientos que adquieren en sus respectivos programas. Además, sienten que la labor social que se realiza hace parte esencial de su formación; valorando además la posibilidad de tener docentes e interactuar con estudiantes de otras áreas del conocimiento. La evaluación semestral que se realiza con los estudiantes ha permitido al CSSI mejorar constantemente los servicios que se ofrece.

El proceso de docencia ha aportado al desarrollo del modelo pedagógico constructivista al partir de situaciones y contextos reales que sirven para que los estudiantes propongan soluciones y construyan su propio conocimiento. A su vez, ha generado material para los cursos o contenidos de cursos en seguridad social de los programas de Medicina, Instrumentación Quirúrgica, Derecho, Ciencias Políticas, Administración en Servicios de Salud y Gerencia en Servicios de Salud, a través del desarrollo de textos y didácticas que han posibilitado la enseñanza-aprendizaje de la seguridad social. Desde hace 2 años se consolidó un espacio académico semanal que cuenta con la participación de docentes, estudiantes e invitados externos.

En investigación

Desde 2016 el semillero ha realizado avances en investigación formativa y, en menor grado, formal en los tres subgrupos de trabajo antes mencionados. En el subgrupo de salud se partió de la observación realizada en las atenciones desde hace aproximadamente 2 años, en donde se encuentra que las acciones de tutela interpuestas con asesoría del CSSI, si bien lograban fallos favorables, esto no significaba acceso real a los servicios de salud; esto requirió que para un mismo caso se realizaran varios incidentes de desacato. Esta situación que ya ha sido mencionada por el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín (*Tutelas e incidentes de desacato en salud siguen creciendo en Medellín*, 2018) motivó el desarrollo de una investigación formativa actualmente en curso. Adicionalmente, y atendiendo a los intereses y observación de una estudiante de pregrado de Derecho, se realizó el trabajo de grado *Tratamientos con componentes educativos en personas con discapacidad: tensión entre el derecho fundamental a la salud y la sostenibilidad financiera*; tema que cobra vigencia actualmente al estar estos servicios excluidos explícitamente en las recientes normas al respecto.

El subgrupo de riesgos laborales se ha centrado en la problemática de los trabajadores que a raíz de accidentes de trabajo o enfermedades laborales quedan con pérdidas importantes en su capacidad laboral sin que ello signifique acceso a pensión de invalidez, por lo que requieren de procesos de rehabilitación integral. Sin embargo, y a pesar de contar con un Manual de Rehabilitación Integral, desde el CSSI se ha observado que este derecho se desconoce y por tanto su desarrollo es pobre, contándose con poca información al respecto. Tomando como punto de partida este problema, el subgrupo ha solicitado información a través de derechos de petición al Ministerio de Trabajo donde se encontró que no se cuenta con datos al respecto, esto permitió que se esté desarrollando un proyecto de investigación que pueda dar luces en este tema. Este mismo asunto fue materia de estudio para una estudiante de posgrado que realizó, y recientemente publicó, el trabajo *Experiencias en reconversión*

laboral: trabajadores que asisten a un consultorio de seguridad social en Colombia (Ceballos, 2019).

En el subgrupo de pensiones se tomó como punto de partida la problemática del acceso limitado a la pensión de invalidez y los mecanismos alternos y complementarios a la pensión que desde algunos sectores se han planteado como solución. Este asunto sirvió como motivación para un ejercicio de investigación formativa en el contexto de trabajo de grado de un estudiante de Derecho quien realizó el trabajo *Mecanismos alternativos y complementarios del sistema de pensiones a la luz del principio de progresividad*. Para terminar, vale decir que el semillero ha avanzado en el proceso de creación, formalización y organización de su estructura y forma de trabajo, realizando trabajos de investigación formal y formativa que parten de las problemáticas observadas en la atención de los casos y para las cuales no se encuentran soluciones con las herramientas conceptuales y legales actuales.

Otros resultados

En el contexto de las Jornadas Universitarias Universidad de Antioquia 2017, el Consejo de la Facultad de Medicina concedió al CSSI el Reconocimiento en Extensión en la Categoría Grupo, Programa o Proyecto.

Adicionalmente, el CSSI ha participado en eventos como:

- Presentación en modalidad oral de la experiencia del CSSI en el Congreso Internacional de Salud Pública: Justicia, derechos sociales y equidad en 2013.
- Jornadas sobre Derecho a la Salud y a la Seguridad Social. Convocada por la Universidad Nacional de Colombia, la Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas y la Facultad Nacional de Salud Pública en 2015.
- Encuentro de Semilleros de Investigación convocado por la Personería de Medellín en 2016.

- Participación en Mesa de estudio y formulación de acciones de inconstitucionalidad y demandas de nulidad. Realizado en 2017 por la Personería de Medellín y la Mesa de Salud de Antioquia. Evento motivó la realización de una demanda de inconstitucionalidad frente un parágrafo del Artículo 157 de la Ley 100 de 1993. Con ella se pretendía avanzar en el tema de universalización de la cobertura, pero que no fue admitida por la Corte Constitucional.
- Participación en la audiencia pública en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, en 2018.

Finalmente, el CSSI ha organizado eventos como:

- Participación y educación en salud: Experiencias para la reflexión y acción en seguridad social, 2016.
- Sistema de Salud: Muerte y Resurrección 2017.
- Evento: 15 años del Consultorio de Seguridad Social Integral, 2018.

Discusión

El quehacer del Consultorio de Seguridad Social Integral tiene su origen en la vulneración sistemática del derecho fundamental a la salud; si el Sistema de Seguridad Social en Salud cumpliera con el mandato enunciado por la Constitución Política de 1991, el Bloque de Constitucionalidad y, de forma reciente, por la Ley Estatuaria en Salud de 2015; las acciones de espacios como el CSSI y de múltiples organizaciones e instituciones que tienen una misión similar no serían necesarias.

Desde múltiples ópticas el SGSSS tiene fallas estructurales para las que se requiere una transformación de fondo, que el exceso de normas desarrolladas, como señala Suárez (2017), no ha podido mejorar”, y que van más allá de las crisis que reiteradamente se enuncian como nuevas (*El Espectador*, 2015; *El Colombiano*, 2016; *El Tiempo* 2017; *La República*, 2018). Además de estas fallas estructurales, los diferentes actores vulneran el derecho fundamental al incumplir con la normativa y las funciones

que les corresponde. Esta situación se expresa en la experiencia del CSSI al encontrar en la consulta las consecuencias de la falta de universalización en la cobertura y la priorización errada de anteponer los trámites de afiliación e inscripción para el aseguramiento, antes que las necesidades de atención.

Las barreras de acceso, especialmente las administrativas interpuestas por las aseguradoras para la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud, que explican la mayoría de las asesorías realizadas en el CSSI, coinciden también con los hallazgos de varias investigaciones, como es el caso de Restrepo (2014). Dichas investigaciones han evidenciado que la carencia de un modelo de atención centrado en Atención Primaria en Salud ha generado que se privilegie la atención a la enfermedad, lo que, en gran medida, acontece en estadios tardíos, demandando asistencia especializada y hospitalaria con los impactos en salud y económicos que esto genera. Así mismo, se encuentra ineficacia de la regulación, de la inspección, vigilancia, control y de la justicia, al encontrar que los actores no cumplen con sus deberes a pesar de la norma, de las quejas a órganos de control, y de los fallos favorables de las acciones de tutela e incidentes de desacato. Los resultados de las asesorías realizadas en el CSSI son una expresión en lo local y a menor escala del panorama de la ciudad y del país, y concuerda con los hallazgos del Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín y de la Defensoría del Pueblo (2016). Las decisiones expresadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 en relación con el SGSSS no evidencian posibilidades de mejora en el corto y mediano plazo, por lo que el trabajo por la defensa del derecho fundamental a la salud debe continuar.

Uno de los escenarios para esta labor y que atañe a las Universidades, especialmente a las públicas como motores de cambio y transformación social, es la extensión como unas de las dimensiones para el desarrollo de su responsabilidad social. El CSSI es, como ya se dijo, un espacio en su origen y esencia de extensión, que ha sabido mantenerse durante 15 años, a pesar de que la desfinanciación de las Instituciones de Educación Superior

(IES) ha afectado de manera contundente este componente al encontrar en la extensión una forma de conseguir recursos y autofinanciarse. Es necesario ante la vulneración del derecho a la salud y a la seguridad social, y otros Derechos Humanos, crear y fortalecer espacios de extensión y otros que den cuenta de la responsabilidad social universitaria (Francois, 2014). Espacios que posibiliten la reflexión sobre el quehacer de la Universidad, en los que a través de la formación e investigación con pertinencia se contribuya al restablecimiento de los derechos y al bienestar de las personas y comunidades; que se conviertan en una posibilidad para la formación y el trabajo interdisciplinar que demanda la complejidad de las realidades. El reconocimiento de la interdisciplinariedad es clave ya que las IES no dan cuenta de este, puesto que los procesos de formación son disciplinares y, escasamente, multidisciplinarios (Jar, 2010); así mismo es fundamental la integración de los ejes misionales de las IES que en ocasiones se ejecutan de forma desarticulada. La experiencia del CSSI se ofrece para su replicación contextualizada en otras IES y territorios.

En relación con la formación en salud y seguridad social, la experiencia concuerda con los planteamientos que nos ofrece Santos (2010) sobre la educación para la salud; planteamientos relacionados con la necesidad de conocer los contextos, realidades y necesidades de los grupos con los cuales se pretenden realizar las acciones educativas. El diálogo de saberes como una estrategia que comprende que todos tienen un saber, se convierte para la Universidad en la oportunidad no solo de enseñar sino también de aprender; ya sea producto de las problemáticas, de las formas como las personas las han enfrentado o de los aprendizajes formales.

La flexibilidad es una condición necesaria para los procesos formativos realizados desde esta óptica, si bien se cuenta con un contenido temático determinado, siempre será necesario adaptarlo a los contextos, necesidades y expectativas de los participantes. De igual forma, se debe estar atento a las situaciones que emergen y que no estaban planeadas, ya que estas se configuran como detonantes de nuevos saberes. La información en seguridad social es una herramienta para la difusión de

conocimientos, sin embargo, la formación que se requiere para el ejercicio de los derechos a la salud y a la seguridad social demanda de proceso de mayor duración, más cercanos a las comunidades y con una buena dosis de flexibilidad. Frente a la pretensión de formación de formadores se encuentra necesario ahondar en esta iniciativa que, como en otros trabajos se ha encontrado, es un proceso complejo. Este trabajo demanda de profundizar y revisar con detenimiento aspectos como objetivos, proceso de enseñanza-aprendizaje, comunicación, participación y evolución, entre otros (Augusto, 2014).

La investigación ya sea formativa o formal es una necesidad en el campo del derecho a la salud y a la seguridad social, si bien existen múltiples trabajos que abordan estos temas, es menester que la Universidad en asocio con otros actores continúe con la labor de ahondar en asuntos especialmente relevantes y que puedan dar luces a las problemáticas que enfrenta la población. Igualmente, es importante el agenciamiento que ante los tomadores de decisiones se debe realizar para la transformación del sistema. Los resultados de la estrategia de semillero de investigación desarrollada de forma más reciente por el CSSI, además de los avances incipientes en investigación formal y formativa, se visualiza como escenario que eventualmente podría ofrecer aportes en relación con procesos curriculares, relevo generacional, procesos de acreditación, entre otros (Quintero, 2008).

La complejidad de la tarea emprendida y el panorama actual, en muchas ocasiones desalentador, demanda de todos los actores una actitud propositiva y esperanzadora, especialmente en la formación del talento humano y en la educación con las comunidades. Esto se puede lograr, como dice Freire (1992), planteando soluciones desde la pedagogía de la esperanza, pues “una de las tareas del educador o la educadora progresista, a través del análisis político serio y correcto, es descubrir posibilidades, cualesquiera que sean los obstáculos, para la esperanza, sin la cual poco podemos hacer”. Esto nos lleva a la necesidad de un trabajo colaborativo, que identifique las fortalezas de las organizaciones e instituciones, los

roles, los niveles de injerencia, los intereses, entre otros elementos, para entre todos continuar la defensa del derecho a la salud y la seguridad social. El objetivo debe ser siempre conseguir la transformación real del SGSSS, convertirlo en un nuevo modelo que, reconociendo la importancia de los recursos financieros y la sostenibilidad, ponga en el centro lo que desde antaño se plantea, la salud y el bienestar de las personas y comunidades.

Conclusiones

La vulneración del derecho fundamental a la salud es sistemática y obedece en parte a las fallas estructurales del SGSSS y al incumplimiento de las funciones de los diferentes actores, lo cual se acentúa en contextos de bajo nivel de educación, socioeconómico, desempleo, entre otras circunstancias que acompañan con frecuencia el desconocimiento de los derechos, deberes y procedimientos para lograr la garantía del derecho. El CSSI hace parte de un grupo de diversas instituciones y organizaciones que tiene como misión la defensa del derecho a la salud y la seguridad social. En sus quince años de labor, el consultorio ha logrado consolidar los procesos de asesorías, docencia y educación, convirtiéndose en una buena práctica que pudiera replicarse en otras instituciones de educación superior que cuenten con programas de Derecho y del área de la salud; y que bajo la modalidad de consultorio jurídico pueden llegar a la comunidad como una apuesta de responsabilidad social.

Se vislumbran como retos el desarrollo y fortalecimiento del semillero de investigación que permita formar investigadores en seguridad social y generar conocimiento en el campo que aporte a la solución de los problemas actuales. Adicionalmente, se debe realizar la ampliación de las estrategias educativas, fortaleciendo los aspectos que se encuentran sólidos y llevándolos a más público y territorios, además de generar conocimiento en relación con la educación para la salud en el campo, el derecho a la salud y la seguridad social y, por supuesto, la formación de formadores.

Así mismo, se encuentra como necesidad apremiante el trabajo en redes que permita trabajar en diferentes niveles y ámbitos y avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud.

Bibliografía

- Augusto, N. J. (2014). "Aportes para la formación de formadores". En *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de la Matanza*, (pp.47-58). Buenos Aires: Universidad Nacional de la Matanza.
- Arias, M. (7 de Abril de 2016). "Crisis de la salud en Colombia". *El Colombiano* Cátedra Abierta en Seguridad Social. (2018).
- Ceballos, C. (2019). "Experiencias en reconversión laboral: trabajadores que asisten a un consultorio de seguridad social en Colombia". En *Hacia la Promoción de la Salud.*, (pp.75 - 90). Manizales: Universidad de Caldas
- Colprensa. (21 de Diciembre de 2018). "Colombia enfrentará una nueva crisis en 2018". *La República*.
- Consultorio de Seguridad Social Integral. (2016). *Diálogos en Salud*.
- Defensoría del Pueblo. Colombia. (2016). *La Tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2015*. Bogotá.
- Francois, V. (2014). "La responsabilidad social Universitaria": Un nuevo modelo Universitario contra la mercantilización". En *Revista Iberoamericana de Educación Superior*. México: UNAM.
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza*. Rio de Janeiro: Siglo XIX.
- Jar, A.M. (2010). "Trabajo interdisciplinar e interinstitucional: ser o no ser". En *Revista Argentina de Microbiología*. (pp.1-3) Argentina: Elsevier.
- Marín Y, (Marzo de 2017). *Diálogos en Salud. Educación en Seguridad Social Integral*. Medellín: Puntotres.
- Observatorio Colombiano de Buenas Prácticas de Dirección Estratégica Universitaria. (2019).
- Quintero J. (2008). "Semilleros de investigación: una estrategia para la formación de investigadores". En *Investigación Pedagógica*. (pp.31-42) Bogotá: Universidad de la Sabana. Facultad de Educación,
- Redacción Salud. (18 de Noviembre de 2015). "Crisis de la salud ha obligado a más del 50% de los hospitales a endeudarse para solventar gastos". *El Espectador*.
- Restrepo Zea J, S. M. (2014). "Acceso a los servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia". En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. (pp.242-265). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Santos, M. (2010). "Modelos aplicados às atividades de educação em saúde". En *Revista Brasileira de Enfermagem*, (pp.117-121). Brasil: Brazilian Nursing Association.
- Silva, M. (25 de Noviembre de 2017). "¿Sistema inviable?" *El Tiempo*.

- Suárez Rozo L, P. G. (2017). "La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. (pp.34-50). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Tamayo, H. (15 de noviembre de 2018) "Tutelas e incidentes de desacato en salud siguen creciendo en Medellín". *El Tiempo*.
- Universidad de Antioquia. (2018). *Consultorio de Seguridad Social Integral*.

DEFENDER LA VIDA. EL ESTIGMA Y EXCLUSIÓN SOCIAL NO SON OBSTÁCULOS INSALVABLES PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL DE LA SALUD

Martha Beatriz Gaviria Londoño

Introducción

Nadie más que Dickens para contar lo que es “una vida” como fuerza libre y cómo se diferencia de “estas vidas” en las que nos encerramos y que nos limitan y que nos reducen:

Un hombre malo, un canalla, un criminal, un hombre rechazado por toda la sociedad es rescatado moribundo por unos ciudadanos que lo cuidan y sienten una especie de respeto por él. Todos se esfuerzan por salvarlo, sienten amor por este moribundo así sea un criminal, y se sienten felices ante el menor signo de vida del hombre. Entonces, en lo más profundo de su coma, el hombre se siente penetrado por una dulzura, la dulzura de la atención que recibe. El hombre está entre la vida y la muerte y entre ellas hay un momento en el que no se presenta nada distinto que la fuerza de la vida jugándose toda con la muerte. No es la vida de un hombre; es la vida

que nos atraviesa a todos como fuerza y que lucha allí contra la muerte. Finalmente, el criminal se salva. (Garavito, 2000, p. 86)

Este capítulo, derivado de una investigación, surge de la inquietud por innumerables situaciones de injusticia social, deshumanización y violencia vividas en esta ciudad, de las que ha sido testigo quien ahora escribe. Desesperanza e inacción son caminos posibles cuando desde la experiencia reflexionada se llega a la convicción de que nada de esto es natural. En este sentido, Gaviria (2015) afirma que “creencias, experiencias, políticas y prácticas institucionales compartidas por trabajadores de servicios sociales y de salud y las personas vulneradas, moduladas por el miedo, producen y reproducen estigma, estereotipo, barreras de acceso a servicios, marginalidad, exclusión social y otras violencias” (p.65).

Como salubrista, acercarse a estas realidades es un compromiso ineludible, si se asume, siguiendo a Luz Estela Vásquez (1993) que “la salud pública es un valor humano que hereda los principios universales de la comprensión y la solidaridad por el sufrimiento del otro, es pasión por la vida y por su defensa, es compromiso con los desposeídos” (p.12). Ahora bien, si se aboga por lo promulgado en nuestro país, en la Constitución Política y en la Ley 1751 de 2015, se podría afirmar que para todos los colombianos en condiciones de igualdad estaría garantizada una vida digna, a través del goce de sus derechos fundamentales. No obstante, como se refleja en este texto, lamentablemente esto no ha sido posible. Si se revisan documentos recientes de política de salud y protección social en Colombia, estos dan cuenta de cifras crecientes de vulneración de derechos. Con relación a los grupos poblacionales de interés en el presente estudio, se puede afirmar lo siguiente:

1. En la población desplazada por la violencia es necesario contrarrestar la mayor marginalidad, vulnerabilidad y discriminación que les impedía participar en las políticas públicas de su interés. (Presidencia de la República, 2017).

2. Sobre los habitantes de la calle hay falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población y estigmatización. El personal de salud no está familiarizado con esta población, y siente rechazo hacia ella; por lo cual se refuerzan los imaginarios negativos de las personas habitantes de calle sobre el sistema de salud” (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2018a).
3. El estigma y la discriminación son barreras para avanzar en una respuesta adecuada a las infecciones por VIH y a la coinfección por VIH/TB (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2018b).
4. Se identifica estigma y discriminación como factores de riesgo asociados a las barreras de acceso a los servicios de salud a personas con tuberculosis (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Para la ciudad de Medellín, que ha reportado 2.901.948 habitantes según el Departamento Administrativo de Planeación, las personas en estado de vulnerabilidad, y fuertemente los habitantes de calle, son una población que representa en su conjunto una minoría, pues no superan los 200.000 habitantes. Así, para el 2010 se registraron 189.144 personas desplazadas por la violencia, población predominantemente femenina (52%) y económicamente dependiente (72% menores de edad y 11% adultos mayores); también debe decirse que se identifican como grupos especiales a las mujeres jefas de hogar (28%), minorías étnicas (4%) y discapacitados (1%). En el 2009 fueron censados 3.381 habitantes de la calle, población mayoritariamente masculina (86%) y adulta joven (88%), entre los grupos especiales están las personas con discapacidad permanente (20%), adultas mayores (8%), minorías étnicas (7%) y menores de edad (5%). Según cifras de la Secretaría de Salud de Medellín (2018), en el 2017 se reportaron 1.383 casos nuevos de tuberculosis pulmonar (tasa de incidencia de 55.1 por cada 100.000 habitantes) y 1.430 casos nuevos de infección por VIH (tasa de incidencia de 57.0 por cada 100.000 habitantes).

Teniendo en cuenta las cifras y las situaciones presentes ya mencionadas, en el presente estudio se planteó como pregunta de investigación

si ¿es posible garantizar el derecho a la salud y a la vida a desplazados por la violencia que habitan en asentamientos “subnormales”, personas que viven en las calles, infectados por VIH y enfermos de tuberculosis, en medio del estigma y exclusión social que experimentan en la ciudad de Medellín?

Metodología

Para resolver la pregunta de investigación, se realiza un ejercicio de lectura hermenéutica de textos derivados de varios estudios, los cuales, desde diversos lugares, dan cuenta de situaciones de estigma y exclusión social posiblemente asociadas a obstáculos en la garantía del derecho fundamental a la salud y a la vida en poblaciones con especial condición de vulnerabilidad en la ciudad de Medellín. Se hizo una búsqueda en el Catálogo Público del Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia, de investigaciones realizadas en la ciudad de Medellín por estudiantes y profesores del área de la salud desde el año 2000 a la fecha.

De acuerdo con la propuesta de lectura hermenéutica de Luz Gloria Cárdenas (2012), una vez seleccionados los textos (13 en total), se procedió a realizar un ejercicio reflexivo, crítico y productivo de lectura. El acercarse a la significación de estos textos requiere realizar un ejercicio interpretativo; puesto que los discursos enunciados por los investigadores estudiados se encuentran fijados por la escritura, los lectores no pueden establecer un diálogo directo con ellos para pedirles aclaraciones o complementaciones a sus planteamientos. Como una salida, Paul Ricoeur, en su obra *Tiempo y narración*, propone una teoría del texto que permite comprender la triple relación –llamada por él “mimética”– entre el mundo, el texto y el lector. Con este propósito, siguiendo a Cárdenas (2012), se hizo una lectura intratextual de cada una de las investigaciones escogidas, buscando encontrar la tesis y los argumentos que las sustentan. Luego, mediante una lectura intertextual tomando las afirmaciones y recomendaciones para la acción que produjeron estos estudios en su

conjunto, se buscó descifrar el mundo que abren, hacia dónde apuntan y qué mundo posible nos proyectan. El camino realizado, a través de preguntas fue el siguiente:

1. Mimesis 1 o prefiguración del texto: ¿qué horizonte histórico condicionó el origen y el efecto de la investigación, y limita por consiguiente la interpretación del lector actual? Se refiere al contexto, enfoque y metodología realizada.
2. Mímesis 2 o configuración: ¿qué decía el texto?, ¿qué dice el texto al lector y qué le puede decir el lector al texto? Esto es posible abordarlo a través de los hallazgos, discusiones, conclusiones y recomendaciones de los mismos textos.
3. Mímesis 3 o refiguración: ¿hacia dónde apuntan estos textos?, ¿qué mundo mundos posibles nos proyectan? Abordas estas preguntas mediante nuevas lecturas de algunos pensadores políticos y científicos sociales.

Una vez realizada esta lectura hermenéutica, se hizo un nuevo ejercicio argumentativo, al establecer relaciones de la problemática encontrada (estigma y exclusión) y llegar a una nueva síntesis, con la configuración de la información a partir del análisis de los textos leídos y de su comprensión. Se buscó combinar argumentos racionales y emocionales como lo sugieren Perelman y Olbrechts-Tyteca, según señala Cárdenas (2012).

Resultados

Riqueza de enfoques metodológicos y perspectivas

Como puede verse en la tabla 1, se encuentra diversidad de enfoques metodológicos, predominando los estudios cualitativos: etnografía (6 y 12), representaciones sociales procesual (5 y 7), estudio caso cualitativo (2), teoría fundamentada (9), e historia de vida (8). En segundo lugar, están los factores de tipo cuantitativo: epidemiológicos de corte (1 y 13)

y representaciones sociales estructural (4 y 11). Por último, los enfoques que combinan técnicas cuantitativas y cualitativas: epidemiológico/etnográfico (3) y estudio de caso mixto (10).

Es importante resaltar la riqueza de perspectivas presentes en estas investigaciones, ya que participan personas en situación especial de vulnerabilidad, como son desplazados por la violencia, habitantes de la calle, infectados por VIH y enfermos de tuberculosis pulmonar. En siete estudios están presentes solo personas directamente implicadas por estar afectadas por estas realidades (1, 3, 6, 7, 9, 12 y 13), y en cuatro de ellos además de los afectados, se complementa la mirada de los afectados con familiares, allegados, funcionarios de salud y del sistema social de entidades públicas y privadas involucrados en el cuidado o garantía de derechos (2, 5, 8, 10). Anoto que en solo un estudio se invita a otros ciudadanos, además de pacientes, familiares y funcionarios de salud (11) y finalmente, en otro participan estudiantes universitarios considerados como “no implicados” en el problema (4).

Tabla 1. Textos de investigación seleccionados.

Texto derivado de investigación	Diseño, técnicas y participantes
1. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Informe final de abordaje cuantitativo. Gaviria, M. <i>et al</i> (2003).	Diseño epidemiológico descriptivo de corte trasversal comparativo. En el 2002 se realiza una encuesta de condiciones de vida, morbilidad sentida y acceso a servicios de salud a 2.729 personas (1.564 desplazadas y 1.156 estrato 1) de los asentamientos La Honda y La Cruz (zona noroccidental de la ciudad), El Pacífico y Altos de la torre (zona centro-occidental). Se realizó valoración nutricional a 304 menores de 5 años, evaluación de riesgos psicosociales a 283 niños de 5 a 10 años y encuesta psicosocial a 192 mayores de 15 años.
2. Acceso a los servicios de salud de la población desplazada por la violencia de Medellín, 2007. Restrepo, A. & Gaviria, M. (2007).	Estudio de caso cualitativo -Stake-. El caso es el acceso a servicios de salud. Se realizan entrevistas individuales a 42 personas: 14 desplazados (3 líderes) y 38 funcionarios de entidades públicas y privadas (Sistema general de seguridad social en salud, Sistema de atención integral

Texto derivado de investigación	Diseño, técnicas y participantes
	a población desplazada, Consultorio de seguridad social de la Universidad de Antioquia, organizaciones no gubernamentales). Se realizaron visitas de observación a instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y a la Unidad de Atención y Orientación a población desplazada, dos talleres investigativos con actores institucionales y personas desplazadas y revisión documental de la legislación y de los reportes de un periódico local durante un año.
3. Acceso a los servicios de salud de las personas afrodescendientes del asentamiento Esfuerzos de Paz II en condición de desplazamiento por violencia, ubicado en Medellín. Arboleda, J., Nagles, L. & Gaviria, A. (2013).	Estudio mixto. Encuesta poblacional a 71 mayores de edad afrodescendientes (36 hombres y 35 mujeres), y con enfoque etnográfico se realizan entrevistas individuales a 2 líderes comunitarios; observación no participante en el asentamiento, diario de campo y revisión documental en la Fundación las Golondrinas (la cual apoya procesos sociales en la zona).
4. Representaciones sociales del habitante de calle. Navarro, O. & Gaviria, M. (2010).	Análisis prototípico y categorial de la representación social -Vergès-. En el 2006 se entrevistan 100 personas de la ciudad (estudiantes universitarios de las carreras de medicina, enfermería, sistemas de información en salud, psicología, trabajo social y antropología), consideradas como “no implicadas” en el problema de habitante de calle. Se les propuso una tarea de asociación libre de palabras, evocadas a partir del concepto inductor: “habitante de calle”.
5. Representaciones sociales de salud y enfermedad en una población excluida. Habitantes de Calle adultos de la ciudad de Medellín. Gaviria, M. (2007).	Estudio cualitativo procesual de representaciones sociales -Banch-. En el 2006 se realizan entrevistas individuales a 10 adultos habitantes de calle atendidos por el sistema de atención de calle, y a 15 funcionarios prestadores de servicios de salud del mismo sistema y de la institución pública prestadora de salud que atiende la mayor proporción de esta población.
6. Significados del proceso vital humano en habitantes de calle de la ribera de la quebrada la Picacha. Blandón, D., González, M., Quiceno, J. & Giraldo, A. (2013).	Enfoque etnográfico -Bogdan y Taylor- sobre el proceso vital humano. Entrevista individual a 12 habitantes de calle mayores de 18 años que vivían al menos desde hacía 6 meses a lo largo del cauce de la ribera de la quebrada. Diario de campo.

Texto derivado de investigación	Diseño, técnicas y participantes
7. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Cardona, J. (2010).	Estudio cualitativo procesual de representaciones sociales -Banch-. En el 2009 se entrevistan 10 hombres y 9 mujeres entre 29 y 76 años infectados con VIH, se realiza además observación participante durante las entrevistas y no participante en reuniones citadas a esta población por instituciones prestadoras de servicios de salud y por grupos de apoyo.
8. Historia de vida de una familia con VIH/SIDA, en la comuna 2 de Medellín, en un periodo comprendido entre 2010 y 2011. Lagos, M. A, Posada F. & Uribe L. (2011).	Historia de vida -Bogdan y Taylor-. Entrevista individual a 9 personas: 3 con infección por VIH (madre de 35 años, hija de 11 años, hijo de 9) contactada a través de una fundación de apoyo a esta población, 2 familiares (tía y sobrina de la madre) y 4 cercanos a la familia (pediatra y profesor del niño, trabajadora social de la fundación y pastor de iglesia cristiana que frecuenta la familia).
9. Percepción de adultos que viven con VIH frente a la integralidad en la prestación de servicios de salud en Medellín. Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L. & Posada, I. (2013).	Teoría fundamentada -Strauss y Corbin-. Entrevista a 13 personas infectadas con VIH (10 hombres y 3 mujeres), contactados a través de 2 fundaciones de apoyo a esta población.
10. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín. Gaviria, M., Henao, H., Martínez, T. & Bernal, E. (2010).	Estudio de caso mixto -Yin-, el caso sobre el proceso diagnóstico. En el 2007 se realizaron 19 entrevistas individuales a 19 pacientes (11 con diagnóstico oportuno y 8 con diagnóstico tardío) sobre los procesos de enfermedad y atención. Se revisan sus historias clínicas y se hace un taller investigativo. 89 médicos y enfermeros de 12 instituciones prestadoras de servicios de salud participan en dos encuestas de conocimientos y las prácticas: la primera sobre infecciones respiratorias del adulto y la segunda sobre tuberculosis pulmonar.
11. "Miedo, contagio y compasión": Representaciones sociales de tuberculosis en Medellín. Ascuntar, J. M. & Ochoa, J. (2008).	Representaciones sociales construidas mediante la técnica de asociación libre de palabras -Rodríguez y Cortés-. Se recurrió a la frase inductora "¿qué palabras o expresiones se le ocurren cuando piensa en una persona con tuberculosis?" En el 2007 se encuestaron 1.049 personas: 212 pacientes con diagnóstico de tuberculosis y sus familiares, 324 personal de salud y 536 "otros" ciudadanos.

Texto derivado de investigación	Diseño, técnicas y participantes
12. "Encierro sobre el encierro": aislamiento por tuberculosis. Centro Penitenciario Medellín. Almeida, L. M., Giraldo, A. & Forero, C. (2016).	Enfoque etnográfico -Geertz-. En el 2015 se entrevistan 14 hombres entre 23 y 57 años con diagnóstico de tuberculosis, 400 horas de observación en el lugar de aislamiento y en sanidad, contacto permanente con personas diagnosticadas y con otras personas privadas de la libertad. Diario de campo.
13. Estigma y perfil de los pacientes relacionados con las demoras en diagnóstico de tuberculosis. Rodríguez, I. & Ochoa, J. (2018).	Estudio epidemiológico de corte. En el 2017 se encuestan 233 pacientes-casos nuevos, sobre aspectos sociodemográficos clínicos, de comportamiento de búsqueda y demoras en atención en salud y una escala de percepción de estigma hacia la tuberculosis.

Estudios sobre personas desplazadas por la violencia

Gaviria *et al* (2003), en la encuesta poblacional comparativa realizada en asentamientos subnormales de la ciudad, encuentran que los pobladores, tanto las familias desplazadas por la violencia o las pertenecientes a estrato 1, compartían el ser inmigrantes, tener alta dependencia económica, un gran número de menores de edad, alta frecuencia de jefatura femenina, alta percepción de enfermedad en las edades extremas de la vida, predominio de problemas de origen infeccioso nutricional y psicosocial y con baja demanda institucional de servicios. Con esto se demostraron las condiciones de desventaja en los desplazados, también que presentan condiciones de vida más precarias que los de estrato 1, con un menor nivel de ingresos, mayor hacinamiento e inseguridad alimentaria, mayor desempleo, menor escolaridad y condiciones sanitarias y ambientales menos adecuadas. También se identificó que para las personas en situación de desplazamiento hay mayores barreras de acceso a los servicios de salud, pues les fue negada la atención por no cumplir con los requisitos administrativos exigidos y falta de dinero; estas personas dijeron experimentar rechazo por su condición y discriminación al buscar ayuda en las instituciones de salud.

Restrepo y Gaviria. (2007), en el estudio de caso que aborda el acceso a servicios de salud, señalan que, si bien existe un avance legislativo,

no hay una adecuada implementación de la norma; los servicios son percibidos como orientados por los rendimientos financiero y no por la salud. Hay representaciones estigmatizadas que afectan de forma negativa las relaciones sociales, generan inequidad en los servicios de salud y exclusión expresada en marginalidad, pobreza, discriminación racial y cultural, desempleo y desabastecimiento de servicios básicos. Aunque pueden llegar a ser atendidos, no se garantiza la resolución de la necesidad en salud con oportunidad, calidad y dignidad, y están fuera de la protección financiera contra riesgos e incapacidad. Se advierte de que los funcionarios de los servicios de salud tienen una visión negativa de los desplazados, los perciben como personas peligrosas, vinculas con grupos armados, que se aprovechan de su condición y roban los recursos del Estado.

Arboleda *et al* (2012), en el estudio mixto realizado en un asentamiento de población desplazada de origen afro, afirman que a pesar de que la población se encontraba afiliada al sistema de salud, perciben que la calidad de atención es mala y se sienten estigmatizados por su condición racial. En este grupo, la exclusión en salud se relaciona también con la exclusión social; es decir, está ligada a la marginalidad, la pobreza, la discriminación racial y cultural, el desempleo, el subempleo, el aislamiento geográfico y la falta de equipamiento de servicios básicos.

Estudios sobre de personas que habitan en la calle

Navarro y Gaviria (2010), en el estudio de representaciones sociales del habitante de la calle, la cual es una investigación de abordaje cuantitativo, encuentran que los participantes no implicados de forma directa con esta problemática representan a los habitantes de la calle de forma paradójica. Por una parte, está la compasión que despierta la percepción de las dificultades que implica el vivir en la calle (frío, hambre), la cual puede estar relacionada con la posibilidad de actuar en favor de estas personas; es decir, de juzgar necesaria la puesta en marcha de estrategias de ayuda. Por otra parte, está el sentimiento de inseguridad que genera la percepción de unas personas sucias y desarregladas que consumen drogas todo

el tiempo y que pueden constituir una amenaza. Esta percepción está marcada por la temática de la “seguridad”, ya que es el factor determinante que está en la base de la exclusión caracterizada por el aislamiento o evitación, o incluso en la ideología de la discriminación que validaría las prácticas de exterminio social.

Respecto a las representaciones sociales sobre salud y enfermedad construidas desde una perspectiva cualitativa, Gaviria (2007) señala que, pese a que hay encuentros y desencuentros entre los habitantes de la calle y los funcionarios de servicios de salud entrevistados, es evidente la presencia de estigmatización, exclusión, naturalización discriminatoria e invisibilización de problemáticas sociales. Entre los habitantes de la calle no hay una representación de salud, pues enfermedad y muerte son expresiones de una misma situación y la violencia es algo natural. Como usuarios de los servicios de salud se sienten rechazados, discriminados y maltratados. Los funcionarios de salud perciben a los habitantes de calle como demandantes, difíciles y manipuladores, ellos son parte del paisaje de cualquier ciudad grande y se llega a considerar que vivir en la calle es un estilo de vida. Una de las mayores razones de discriminación es que las personas, incluidos los funcionarios de los sistemas de salud, consideran que ser habitante de calle es una realidad inmodificable, por lo tanto, solo susceptible de asistir y no de transformar.

Blandón *et al* (2013), en el estudio etnográfico desarrollado con habitantes de la calle, concluyen que para estas personas vivir bajo los puentes es un estilo de vida más, allí se resguardan de peligros de la calle y desarrollan sus vidas con las condiciones y recursos que el medio les brinda. Las instituciones de salud son el último recurso para tratar sus enfermedades, porque allí se han sentido discriminados. La enfermedad está estrechamente ligada al hecho de morir, pues al no recibir adecuada atención en salud, ni acceder a otros tipos de tratamientos, se ven impedidos para realizar actividades que les ayuda a sobrevivir. La muerte se convierte en un descanso del cuerpo, aunque algo incierto, pues genera curiosidad y temor por las condiciones en que esta puede ocurrir.

Estudios sobre personas infectadas por VIH

Cardona (2012) construye representaciones sociales acerca de la calidad de vida relacionada con la salud, y lo hace desde una perspectiva procesual. En su estudio señala que los pacientes afirman que el estigma modificó sus proyectos de vida, desvirtuó el efecto positivo del soporte social de familia y amigos sobre su calidad de vida. Encuentra además que aspectos que para ellos mejoran su calidad de vida, está el optar por ocultar su diagnóstico, buscar información sobre VIH/SIDA, fortalecer su espiritualidad y buscar apoyo en personas que representan para ellos amor.

Lagos, M., Posada, F. & Uribe, L. (2011) encuentran en la historia de vida de una familia con VIH que, después del diagnóstico, han fortalecido su fe con apoyo permanente de la iglesia. Esto se ha dado en ese escenario ya que se han sentido estigmatizados y discriminados por familiares y no familiares; y en relación con la atención médica perciben demoras en la atención, les incumplen la entrega de medicamentos y les niegan servicios de salud. Además, consideran que su situación laboral y financiera cambió de forma negativa y afectó su bienestar.

Bermúdez *et al* (2013), en su estudio de teoría fundamentada, presenta que los adultos encuestados revelan que vivir con VIH es una condición exclusiva de ciertos grupos sociales, grupos marginales y con bajos recursos, y que esto repercute en la recepción de campañas preventivas y estigmatiza a las personas infectadas. Se afirma además que existe un fuerte arraigo cultural al asociar la condición de ser portador VIH con ser un homosexual o una trabajadora sexual. Esto, desde la mirada de los portadores, profundiza el estigma social del VIH que se ha construido por la población general.

Estudios sobre personas enfermas de tuberculosis

Tras realizar un estudio de caso mixto, Gaviria *et al* (2010) concluyen que el personal de salud desempeñó un papel fundamental en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en los adultos estudiados. Las creencias asociadas con el estigma social y el insuficiente conocimiento sobre la enfermedad –compartidos por el personal de salud y los

pacientes- contribuyen a la construcción social del estereotipo de la enfermedad y el enfermo, y reducen las posibilidades de llegar a un diagnóstico oportuno de la enfermedad.

Ascuntar & Ochoa (2007) realizan un estudio sobre las representaciones sociales construidas al rededor del enfermo de tuberculosis; para su investigación se centraron en tres grupos de personas: i) el paciente y sus familiares, ii) personal de salud y iii) otros ciudadanos. Tras esta indagación notaron que una persona con tuberculosis es representada mediante el miedo, el contagio y la compasión, los cuales son atributos del núcleo central de las representaciones sociales de los encuestados. Ante estos resultados se hace necesario que los programas trasciendan lo operativo y lo técnico y recojan otros elementos que mejoren su quehacer.

Almeida, Giraldo & Forero, C. (2016), en el estudio etnográfico realizado con personas enfermas de tuberculosis que se encuentran privadas de la libertad en un centro penitenciario, concluyen que para estas personas el aislamiento en el servicio de sanidad es visto de dos maneras distintas: por una parte, las comodidades del lugar que les favorece la curación, pero, por la otra, el tener que soportar el encierro y la discriminación. El estar aislados es considerado un “encierro sobre el encierro”, y trae consecuencias físicas que les ocasiona otros problemas de salud, pues les genera conflictos con otros y sienten que les altera su salud mental. Para sobrellevar la situación en la que se encuentran, buscan distracción y cuando ven síntomas de recuperación lo toman con paciencia.

Por último, Rodríguez y Ochoa (2018), desde su estudio de corte realizado con personas recién diagnosticadas con tuberculosis pulmonar, encuentran que hay constante presencia de demoras en la atención y, por supuesto, está presente un estigma relacionado con su condición de salud. Para los pacientes el estigma debe ser una conducta que se estudie en el programa de control realizado en los servicios de salud. Hay una variante que identificaron los autores, y es el impacto en aspectos psicosociales, especialmente cuando hay una demora que es mayor en el diagnóstico en consumidores de sustancias psicoactivas; en este caso el estigma es mayor.

Discusión

Estos estudios hablan de la existencia de procesos institucionales que producen y reproducen situaciones de estigma y exclusión social que comprometen de forma negativa la dignidad humana de quienes hacen parte de ella; tanto de quienes se encuentran en condición de usuario, como del prestador de los servicios de salud y de protección social. En medio de las premuras de las instituciones, cada vez más orientadas por el cumplimiento de indicadores de eficiencia, no es común que se detengan a preguntarse por el significado real de estas nociones, y, por supuesto, de estas condiciones particulares de salud. Hoy se reconoce que existen y se plantan políticas y planes de acción buscando la forma de intervenirlas como un problema social; sin embargo, aún no hay resultados positivos.

Por lo anterior, a continuación, se presentan algunas reflexiones acerca del estigma y la exclusión social que ofrecen autores contemporáneos del pensamiento político y de las ciencias sociales. Estas perspectivas pueden ser de ayuda para la transformación institucional, de cara a la garantía del derecho fundamental de la salud, el cual es el aspecto común de las investigaciones que en este estudio fueron revisadas.

Estigma

El estigma, concepto acuñado en las ciencias sociales por Goffman (2006), es una situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social. Este se usa para hacer referencia a un atributo –entendido como identidad social– profundamente desacreditador. De esta manera se construye una teoría del estigma, una ideología para justificar la inferioridad de quien lo padece, y exponer el peligro esta persona representa para los demás.

La vaguedad, la imprecisión y la deficiencia que caracterizan a muchas de las políticas de discriminación positiva –en este caso, en las instituciones de salud y de protección social–, a través de la identificación de grupos con mayor riesgo de vulnerabilidad social (víctimas de violencia,

minorías étnicas, discapacitados, personas con opciones de género diversas, entre otras), con frecuencia generan estigmatización de la población beneficiaria. Como bien señala Castel (2004), los dispositivos aplicados por las instituciones, propendiendo garantizar y monitorear las intervenciones y el cumplimiento de metas de inclusión social, producen en los grupos beneficiarios rótulos y etiquetas que los terminan discriminando de manera negativa. Así mismo, la lógica de la estrategia de focalización aplicada por las instituciones de salud y de protección social, que busca delimitar zonas de intervención y generar prácticas o acciones específicas, además de atender grupos o poblaciones caracterizados en función de un déficit personal (consulta tardía, falta de adherencia, contagio, complicación), puede tener consecuencias negativas. Esta delimitación busca garantizar la realización de acciones específicas o circunscritas sobre los problemas, pero no se preocupa por abordar los orígenes de la exclusión. Y debe decirse que esta caracterización de la población en grupos relativamente homogéneos conlleva, también, el peligro de la estigmatización.

El efecto de la estigmatización, en las respuestas que ofrecen las instituciones de salud y de protección social, se ve agravado por la formación de categorías de seres humanos identificados por sus carencias, estratificados en una suerte de imposibilidad para pensar el futuro de una manera positiva y dinámica, lo que lleva a la uniformidad de los beneficiarios de la atención; siendo considerados unos buenos y otros indeseados.

Exclusión

Foucault (2000) aporta una reflexión sobre la dimensión principalmente simbólica de la exclusión. Esta es producto de la aplicación de los regímenes o discursos de verdad que separan a los individuos por sus conductas en normales y anormales, las cuales ordenan las relaciones sociales. Como instituciones disciplinarias, las entidades de salud y de protección social tienen como objeto vigilar, controlar y aplicar mecanismos de corrección para no generar parcialización ni discriminación. De lo contrario,

se estarían creando y/o manteniendo ciertas disposiciones subjetivas con respecto a una única forma de ver la realidad; donde lo normal presupone la cohesión y la homogeneidad. Sin embargo, en esta discusión vale la pena reconocer que para este autor también en las relaciones de poder hay forzosamente la posibilidad de resistencia. En este sentido, define al cuidado de sí a las prácticas de libertad, mediante las cuales el individuo busca constituirse y transformarse.

Al leer a Bialakowsky *et al* (2004), se puede comprender que, en realidad, el sistema de salud y de protección social del país, al estar ordenado por los mandatos de privatización, focalización y asistencialismo, hace que las instituciones conserven formas tutelares de intervención, buscando responder al síntoma o padecimiento social de la exclusión. No obstante, la magnitud y complejidad de este problema en las instituciones de salud y de protección social desbordan la capacidad institucional de atenderlo integralmente, lo cual genera impotencia en los funcionarios que acuden a recursos hegemónicos de legitimación de la exclusión –como la naturalización y la inevitabilidad del problema–. La impotencia no interpela, no produce interrogantes sobre el hacer; por tanto, en estas situaciones de exclusión se formulan intervenciones concretas e inmediatas, sin poder actuar sobre los determinantes individuales, contextuales y estructurales del problema.

Como se presenta en la figura 1, en las instituciones de salud y de protección social la lógica institucional exige cuestiones de especialización, de separación, de individualización. Estas exigencias para tratar las “anormalidades” (consulta tardía, falta de adherencia, complicación) imponen la realización de intervenciones específicas, que apuntan a aliviar un síntoma en un sujeto en particular –identificado dentro de una cadena causal como el más urgente o problemático–; recortando de esta manera tanto la acción del personal de salud como la vida del paciente o usuario del sistema de protección. Pero, estas intervenciones institucionales centradas exclusivamente en los individuos los despojan de su condición social. Se interviene, entonces, sobre individuos descolectivizados, anulando

su ser social y, muchas veces, autorresponsabilizándolos de su situación. Como bien señalan Bialakowsky *et al* (2003), tanto los responsables de la construcción de las políticas de inclusión social, como investigadores y funcionarios de los sistemas de salud y protección social, incorporan una visión naturalizada de estas expresiones de exclusión, en su lenguaje y acciones, lo que facilita una aplicación “técnica” de los programas y acciones que realizan en la cotidianidad en las instituciones.

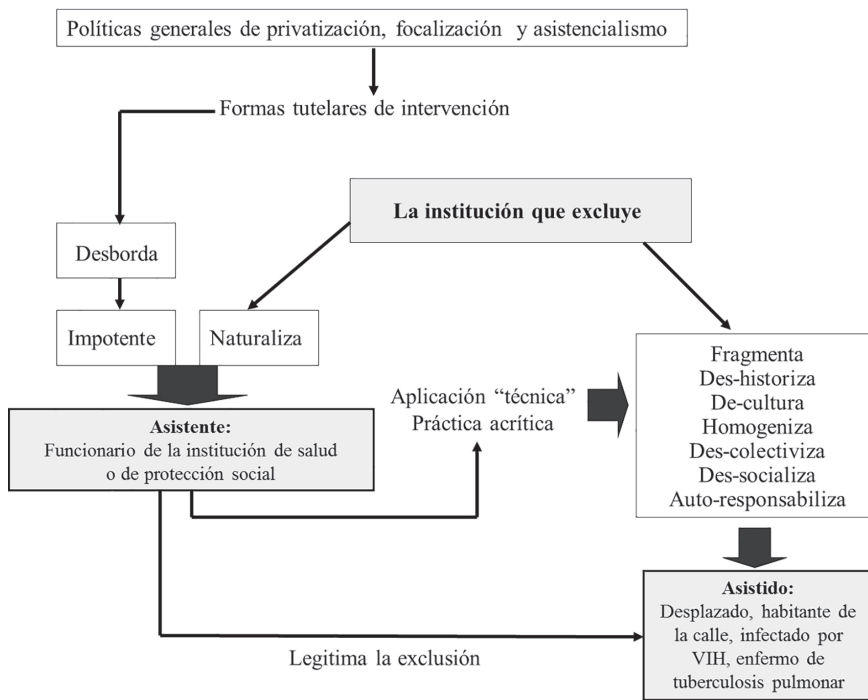


Figura 1. Vías de exclusión social de instituciones de salud y de protección social.

Fuente: Elaboración propia.

Exterminio

Como grado extremo de la exclusión social, el exterminio expresa un método de invisibilización en el cual lo que se extingue cobra la apariencia

de autoeliminación casi natural. Pero este, como dice acertadamente Mota (2003), parece tener un efecto más hondo: la profunda desestructuración subjetiva que genera una fuerte dificultad de actuar en comunidad constituyendo lazos colectivos. En ese sentido, Arendt (2009) afirma que la exclusión lleva a la reducción y abolición o negación de la pluralidad humana, en tanto separa e impide la acción y el discurso de los hombres. Esta negación del discurso despoja a los individuos de su condición de actores. En ese sentido, se afirma que:

La pluralidad humana es la paradójica pluralidad de los seres únicos [...] El discurso y la acción revelan esta única distintividad. Mediante ellos, los hombres se diferencian en vez de ser meramente distintos; son los modos en que los seres humanos se presentan unos a otros, no como objetos físicos, sino *qua* hombres (Arendt, 2009, p. 200).

Con esto, la autora se refiere a la distinción de seres únicos, cada uno de los cuales es portador de una historia que lo caracteriza y lo distingue de todos los demás. La pluralidad es la condición específica para la existencia de toda experiencia política. Así, se puede afirmar que la exclusión niega la dimensión humana del ser humano y su potencial como sujeto capaz de construir con otros su propia realidad. En esa misma dirección, Arendt (2004) señala que el proceso que condujo a los judíos al exterminio en el holocausto Nazi comenzó con la privación de los derechos, relegando a este grupo a carecer del “derecho a tener derechos”. Se creó una completa ausencia de derechos antes de atacar el derecho a la vida, por lo tanto, su dignidad humana había sido negada. Tener un lugar en el mundo significa tener derechos dentro de una comunidad concreta, que son protegidos dentro de esa comunidad y por el respectivo Estado.

Para que pueda realizarse el derecho a tener derechos, Di Marco, Brenner, Llobet & Méndez (2010) señalan que se hace perentorio prescindir de toda condición ideológica y material que origine subordinación y marginalidad, deben, entonces, potenciarse los saberes sociales para actuar en

los espacios privados y públicos, reconocer las necesidades de grupos sociales diversos y negociar las relaciones en los diversos ámbitos. Así pues, una atención justa y digna por parte de las instituciones insta a revisar de forma crítica y productiva sus saberes, discursos y prácticas. Una vía sería hacerlo en los contextos cotidianos, que es donde se ponen de manifiesto las tensiones entre las construcciones formales y las realidades de la vida cotidiana. En ese sentido, Llobet (2006) señala que las instituciones deberían constituirse en un genuino espacio de diálogo de las interpretaciones de las necesidades de los sujetos, de manera que “la reflexividad y la democratización de las instituciones parece la mejor alternativa para avanzar en la concreción de los derechos” (p.175).

Tras esta revisión y partiendo de las anotaciones registradas en este texto, se comprende que la exclusión se trata de un proceso cultural y relacional social, en el que desempeña papel privilegiado la dimensión simbólica de normas e instituciones que impiden el carácter esencial de la diferencia, pues restringen la acción y el discurso de los hombres, reduciendo o extinguiendo la pluralidad humana; y, en su expresión más extrema, pueden llevar al exterminio.

Es por ello que, para transformar el estigma y la exclusión en las instituciones de salud y de protección social del país y de la región, se propone a modo de conclusión:

1. Asumir la complejidad del problema revisando y transformando las prácticas culturales excluyentes. Si se reconoce la coexistencia de desigualdad socioeconómica y exclusión social, no se puede reducir las intervenciones sobre el problema económico (gratuidad).
2. Revisar la focalización de intervenciones hacia los individuos y grupos excluidos, y apostar por una construcción social de las instituciones de salud para que no excluyan a ninguna persona. Esto se consigue a través de prácticas reflexivas de humanización de la atención.
3. Escuchar a toda persona de forma genuina y eficaz, en su singularidad, para devolver y fortalecer su discurso a quienes se les ha

negado; se debe a su vez considerar la riqueza de los múltiples saberes y prácticas sociales. Desde esta diversidad de perspectivas es desde donde se deben potenciar las acciones políticas orientadas a la transformación de realidades materiales e ideológicas productoras de estigmatización, exclusión y exterminio.

4. Abogar por la defensa de la vida, no de una vida en particular; ninguna tiene un mayor o menor valor.

Bibliografía

- Almeida, L. M., Giraldo, A., Forero, C. (2016). "Encierro sobre el encierro" aislamiento por tuberculosis. Centro Penitenciario Medellín Colombia". En *Revista Salud*. 48(1) (pp. 61-69). Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, UIS.
- Arboleda, J., Nagles, L. & Gaviria, A. (2013). *Acceso a los servicios de salud de las personas afrodescendientes del asentamiento Esfuerzos de Paz II en condición de desplazamiento por violencia, Medellín, Antioquia, 2012*. Tesis de Administración de Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Arendt, H. (2004). *Los orígenes del totalitarismo*. México, D.F.: Santillana Ediciones Generales.
- Arendt, H. (2009). "Capítulo IV. "Acción". En *La condición humana*. (pp. 199-276). Buenos Aires: Paidós.
- Ascuntar, J. M., Ochoa, J. (2008). "*Miedo, contagio y compasión*": Representaciones sociales de tuberculosis en Medellín, 2007. Tesis de Gerencia de Sistemas de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L. & Posada, I. (2013). *Percepción de adultos que viven con VIH frente a la integralidad en la prestación de servicios de salud, Medellín 2012*. Tesis de Administración de Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud). Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Bialakowsky, A., Grima, J., Rosendo, E., Costa, M., Crudi, R., Xiques, M. & Haimovici, N. (2003). "Procesos sociales de trabajo en instituciones públicas: actores bifrontes". En *Encrucijadas*. (23). (pp. 38-48). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Bialakowsky, A., Reynals, C., Zagami, M., Crudi, R., Costa, M.I. & Haimoci, N.M. (2004). "Procesos sociales de exclusión-extinción. Comprender y coproducir en las prácticas institucionales en núcleos urbanos segregados". En: Mota, L. & Cattani, A. (Coords). *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América latina: nuevas perspectivas analíticas* (pp. 101-142). México: Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México.

- Blandón, D., González, M. A., Quiceno, J. A., Giraldo, A. (2013). *Significados del proceso vital humano en habitantes de calle de la ribera de la quebrada la Picacha, Medellín, 2012*. Tesis de Administración de Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Cárdenas, L. (2012). "La lectura y la escritura: Hermenéutica y argumentación". En Cárdenas, L. & Restrepo, C. (ed) *Didácticas de la filosofía: experiencias, instrumentos y métodos: volumen II*. (pp.45-59). Bogotá: Editorial San Pablo.
- Cardona, J. (2010). "Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia". En *Revista de Salud Pública* 12(05). (pp. 765-776). Bogotá: Universidad nacional de Colombia.
- Castel, R. (2004). "Encuadre de la exclusión". En Karsz, S. (Comp). *La exclusión: bordeando sus fronteras* (pp. 55-86). Barcelona: Gedisa.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental de la salud y se dictan otras disposiciones.
- Di Marco, G., Brener, A., Llobet, V. & Méndez, S. (2010). *Democratización, Ciudadanía y Derechos Humanos. Teoría y práctica*. Ediciones Buenos Aires: Unsamedita.
- Foucault, M. (2000). "La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. Dialogo con H. Becker, R. Furnet-Betancourt, A. Gómez-Müller, 20 de enero de 1984". En *Nombres, Revista de filosofía*, 10(15). (pp. 257-280). Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Garavito, E. (2000). "Tierra y territorialidad". En *Nova & Vetera. Boletín del Instituto De Derechos Humanos Guillermo Can*, (40). (pp. 79-86). Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública.
- Gaviria, M. B. (2007). "Representaciones sociales de salud y enfermedad en una población excluida. Habitantes de Calle adultos de la ciudad de Medellín". En *Seminario Representaciones Sociales, Políticas y Exclusión*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Psicología.
- Gaviria, M. B. (2015). "Hilos y tejido, palabras y narración en salud". En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 33(1). (pp. 64-71). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gaviria, M. B., Henao, H.M., Martínez, T. & Bernal, E. (2010). "Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia". En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2). (pp. 83-92) OPS.
- Gaviria, M.B., Echeverri, M.E., Peñaranda, F., Gómez, J.A., Olaya, A. & Yepes, C.E. (2003). "Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Informe final abordaje cuantitativo". En *Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.
- Goffman, E. (2006). Estigma e identidad social. En: *Estigma. La identidad deteriorada* (pp. 11-30). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Lagos, M. A, Posada F, Uribe L. (2011). *Historia de vida de una familia con VIH/SIDA, comuna 2 de Medellín, 2010-2011*. Tesis de Gerencia en Sistemas de Información en Salud. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
- Llobet, V. (2006). "Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología". En *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(1), (pp. 149-176). Manizales: Universidad de Manizales.
- Ministerio de Salud y de Protección Social. (2017). *Plan de monitoreo y evaluación. Programa nacional de prevención de la tuberculosis*.
- Ministerio de Salud y de Protección Social. (2018a). *Política social para el habitante de calle*.
- Ministerio de Salud. (2018b). *Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y V, Colombia, 2018-2022*.
- Mota, L. (2003). "Los rostros actuales de la pobreza urbana: elementos para una reorientación de la política social". En Mota, L. & Cattani, A. (Coords). *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina: nuevas perspectivas analíticas* (pp. 81-99). México D.F.: Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México.
- Navarro, O. E. & Gaviria, M. B. (2010). "Representaciones sociales del habitante de calle". En *Universitas Psychologica*, 9(2). (pp. 345-355). Bogotá: Universidad Javeriana.
- Presidencia de la República. (2017). *Informe anual del presidente de la república sobre los avances en la ejecución y cumplimiento de la ley de víctimas y restitución de tierras. Ley 1448 de 2011*.
- Restrepo A. & Gaviria, M. B. (2007). *Acceso a los servicios de salud de la población desplazada por la violencia de Medellín, 2007*. Tesis de Maestría en Epidemiología. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín.
- Rodríguez, I. A, Ochoa, J.E. (2018). *Estigma y perfil de los pacientes relacionados con las demoras en diagnóstico de tuberculosis. Medellín, Colombia, 2017*. Tesis de Maestría en Epidemiología. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Bienestar Social. (2009). *Censo de habitantes de calle y en calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos*.
- Secretaría de Bienestar Social. (2010). *Desplazamiento forzado por la violencia en la ciudad de Medellín: Seguimiento descriptivo del fenómeno*.
- Secretaría de Salud. (2018). *Indicadores básicos 2017. Situación de salud de Medellín*.
- Vásquez, L. (1993). Aproximación al objeto de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2). (pp. 9-25). Medellín: Universidad de Antioquia.

LUCHAS POR EL RECONOCIMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD: LA EXPERIENCIA DE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES QUE VIVEN CON VIH

Sebastián Marín Posada; Isabel Cristina Posada Zapata¹

Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una de las principales preocupaciones de la salud pública y de las ciencias médicas en nuestra época. Esta preocupación se da debido a los más de 35 millones de personas en el mundo que fallecieron por causa de enfermedades relacionadas con este síndrome y a los casi 37 millones de hombres y mujeres que viven hoy día con la enfermedad (ONUSIDA, 2017). Además, la enorme cantidad de representaciones e imaginarios que evoca esta infección, como, según señala Sontag (2017), la idea de que se trata de una calamidad

1 El presente artículo es derivado de una investigación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, realizada por Sebastián Marín Posada, con la asesoría de la profesora Isabel Cristina Posada.

buscada añade mayor complejidad a la respuesta política, científica y disciplinaria que se puede tener en torno a esta problemática.

Para el caso de Medellín resulta significativa la progresión que ha tenido el virus durante las últimas décadas, donde la prevalencia para el año 2004 era del 0.13% y para el 2016 era del 0.35%. Sin embargo, resulta aún más preocupante la concentración del virus en el grupo poblacional de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), sobre el cual se estimó una prevalencia para el año 2015 del 20.7% (Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, 2016). Esta situación nos interroga fuertemente como sociedad sobre las vulneraciones del derecho a la salud que se presentan sobre este grupo poblacional. Adicional a la concentración de la infección en los HSH, el estudio recién referenciado nos muestra que el 22.2% de los participantes reportaron rechazo, desprecio u ofensa en el ámbito familiar y el 32.3% manifestaron haber sido rechazados por compañeros de trabajo o estudio o por jefes. Además, el 12.1% temen que su orientación sexual quede registrada en su historia clínica. Todo esto no solo llama la atención sobre el estigma y la discriminación frente a la diversidad sexual, sino que nos invita a pensar en cómo esto puede constituir una barrera frente al acceso a los servicios de salud como derecho fundamental.

Este es el escenario sobre el cual se planteó esta investigación de tipo cualitativo. Para llevarla a cabo nos apoyamos en el Interaccionismo Simbólico, el cual es una teoría social propuesta por la Escuela de Chicago y que está enfocada en comprender el rol de los significados y su relación con los comportamientos (Blumer, 1982). Así mismo, secundamos nuestro interés en la Teoría Fundamentada la cual, según Strauss & Corbin (2002), propone un método para construir teorías con base en lo que los actores dicen de su realidad como construcción simbólica del mundo. Así pues, bajo estos métodos, la información recolectada pasa por tres momentos de codificación: i) abierta, ii) axial y iii) selectiva, con el fin de realizar la elaboración de categorías que van afinándose hasta llegar a un esquema teórico que permite fundamentar explicaciones y

comprensiones sobre el mundo de los involucrados. Lo que se presenta aquí es el resultado de tal afinación categorial, y se realiza a partir de entrevistas personales a ocho HSH, donde las prácticas de riesgo y el menosprecio, junto a las prácticas de cuidado y el reconocimiento son las piezas claves para la elaboración teórica sobre el fenómeno de las luchas por el reconocimiento en escenarios de salud.

Los programas de atención a personas que viven con VIH como escenarios en tensión frente a la garantía de derechos

Uno de los principales escenarios de interacción que se incluye en la vida de los HSH con VIH al momento de recibir el diagnóstico confirmatorio de la infección es el que corresponde a los programas de atención de VIH, los cuales hacen parte del modelo de atención en salud del país. Este escenario resulta sumamente importante para los sujetos, toda vez que allí se establecen relaciones con médicos, enfermeros, psicólogos, empleados de servicios generales, y otros funcionarios de salud, donde se presentan experiencias del orden del reconocimiento (solidaridad, facilitación del goce de un derecho, etcétera) y/o del menosprecio (actitudes discriminatorias, barreras para la atención, demoras).

Es importante resaltar que, si bien las relaciones interpersonales que se establecen en los programas de atención de VIH están enmarcadas en un campo institucional, tienen un carácter bastante íntimo en la vida de muchos HSH con VIH. Esto se debe a que varias de las personas que viven con el diagnóstico encuentran en los programas de VIH un sitio privilegiado para hablar con otros (profesionales y pares) sobre sus experiencias más personales o privadas (su sexualidad, su vivencia del diagnóstico, sus problemas familiares, entre otras).

Precisamente por lo anterior, estos programas de atención en VIH constituyen un escenario en donde también se presentan luchas por el reconocimiento; tanto en las interacciones con el sistema de salud, como con

los profesionales y el personal de la salud que integran estos programas. En este escenario se ponen en juego imaginarios, creencias, prejuicios y actitudes en torno a los HSH y en torno al VIH por parte de los profesionales de la salud (trabajadores sociales, químicos, odontólogos, psicólogos, médicos, nutricionistas y enfermeros) y del resto de personal que labora en los programas de atención en salud (auxiliares, personal de servicios generales, personal de vigilancia y administradores). Además, existen unas relaciones impersonales con el sistema que obedecen a las condiciones administrativas en que se presenta la atención en salud, condiciones que son fundamentales y que guardan una estrecha relación con el ejercicio efectivo de este derecho fundamental. Algunas de esas condiciones administrativas son la disponibilidad y la entrega oportuna de medicamentos, el acceso a los centros de salud, la posibilidad de contar con un grupo de apoyo, la oportunidad de las citas con especialistas, entre otras.

En este orden, algunos de los participantes de la investigación denuncian cómo, a pesar de poner en marcha mecanismos de exigibilidad de derechos como la tutela y el incidente de desacato, su derecho a la salud se ve vulnerado por parte de las instituciones que deberían contribuir a garantizar su goce efectivo:

De hecho, yo tuve que poner tutela y puse muchísimos desacatos de tutela, creo que fueron nueve desacatos de tutela por diferentes cosas, y hasta que al final dije no pues, que voy a seguir aquí poniendo eso, poniendo un auto de dignidad por incumplimiento, porque la vulneración era muy grande, vulneración en atención, vulneración en medicamentos, vulneración en el trato E1C99² (Marín, 2017, p. 64).

En este punto vale la pena recordar que la Ley 1751 de 2015, que corresponde con la Ley Estatutaria de Colombia, establece que la salud

.....
 2 Este tipo de código y los que le siguen a cada fragmento de entrevista fueron los que se utilizaron en el trabajo de investigación para identificar el número de la entrevista y su posición dentro de todo el procedimiento de codificación.

es un derecho fundamental de todos los nacionales, y precisa que, para garantizar su goce efectivo, el acceso a los servicios de salud no puede ser negado a ninguna persona. Sin embargo, es notable la cantidad de negaciones frente a la atención en salud que se presentan en el día a día: las barreras administrativas o los llamados paseos de la muerte³ nos muestran que todavía estamos lejos de ver reflejada en la realidad lo que nos es presentado en la ley.

Pese a ese panorama vale decir que resulta destacable que, en las luchas por el reconocimiento del derecho a la salud, existen articulaciones e instancias que son hoy en día facilitadores y defensores del derecho. La Corte Constitucional ha desempeñado un rol importante, por ejemplo, en el respaldo a la Ley 1751 de 2015, a través de la sentencia C-313 de 2014. También se presentan articulaciones con otras instituciones del Estado, como con la Personería, las cuales pueden contribuir a facilitar la movilización y acción social como formas de lucha por el reconocimiento. Esto se ve reflejado en uno de los relatos de un HSH con VIH:

Claro que yo a ellos les hice una terapia de choque muy brava, y se lo agradezco a Personería. Una funcionaria de allá que en ese entonces se llamaba la doctora X, ella me acompañaba, y yo me vestí con un camuflado y una camiseta rosada que decía “cero homofobia”, y entré, y me iban a sacar, que porque era una burla. Ellos estaban en la esquina, y entonces yo la llamé, y fue la única forma, porque se vulneraban muchos [derechos], y de hecho así entré a la Cuarta Brigada, no solo al Hospital, sino a la institución como tal. Por ese lado yo amo a Personería, es que para mí Personería es la verraquera, a mí me han hecho...uff, bastante cosas. E1C100 (Marín, 2017, p. 54)

.....

3 Como lo afirma Gañan (2013), esta expresión ha sido utilizada por la Defensoría del Pueblo y los medios periodísticos para designar el *vía crucis* que las personas han tenido que afrontar en busca de una atención inicial de urgencias y que, por falta de dicha atención, por innumerables motivos administrativos, económicos o logísticos, no han tenido tales servicios, y han muerto en el recorrido en busca de una cama o de una entidad que los reciba o en las mismas puertas de hospitales o clínicas del país.

Otro aspecto que se destaca en las luchas por el reconocimiento que se presenta entre los profesionales de la salud que hacen parte de los programas de atención y HSH que viven con VIH guarda relación con un dilema que afrontan muchos de estos profesionales: el compromiso con la salud de los pacientes frente al compromiso con los intereses de la institución para la cual trabajan. Se podría pensar que no debería haber conflicto entre estos dos compromisos, pero en el ejercicio real este tipo de disyuntivas hacen parte de las reflexiones de los profesionales. En este sentido, algunos participantes del estudio de esta investigación refieren que una de las causas que entorpece el establecimiento de una alianza terapéutica con psicólogos de los programas, basada en el establecimiento de una relación empática y cercana, se debe a que estos profesionales están concentrados exclusivamente en protocolos sobre el manejo del diagnóstico de VIH y en su labor como funcionarios de un programa:

Desde los psicólogos que he visto en algunos programas, de acompañar a los compañeros, tampoco veo como que hagan mucho; pues, es que como están vinculados a la parte laboral, y no sé hasta qué punto los tracen en el tema del diagnóstico, entonces ha sido muy diferente, la postura ha sido como un funcionario más del programa y ya. Entonces no veo la empatía, no veo el acogimiento, lo que es necesario para que uno pueda hacer ese tipo de catarsis, entonces la postura de la parte técnica genera algo, es tanto que muchos dicen: “yo no voy al psicólogo, yo solo voy cuando me lo programan; voy la pago, entro y ¿cómo estás?, [y responden] bien, muy ocupado”. No le doy tiempo de hablar más, pero es porque no hay esa empatía. E6C13 (Marín, 2017, p. 65)

Los participantes entrevistados también explican que hablar a partir de ideales, como son las orientaciones sobre salud lejanas a las condiciones de vida de los pacientes (tiempo libre, recursos económicos, horarios de trabajo) constituye otra de las dificultades para establecer relaciones empáticas entre el profesional de psicología y el paciente:

La realidad de los VIH está muy sesgada a las miradas que tienen ellos [los psicólogos] frente a lo que debería ser. Entonces, por ejemplo, muchos

hablan de los ideales frente al comportamiento frente a alguien diagnosticado, pero es que a partir de ideales va a ser muy complicado, porque si alguien va a buscarlos es porque está totalmente alejado del ideal, entonces es difícil. [Ese ideal es] alimentarse balanceado, cero rumbas, un estilo de vida muy sano, que es difícil, ni siendo el hombre más juicioso. Uno quizás lo llevará en una edad adulta, pero en la etapa juvenil va a ser difícil. E6C14-15 (Marín, 2017, p. 65)

Como se puede observar, lo que está en juego son las luchas por el reconocimiento, por el goce efectivo del derecho a la salud de HSH que viven con VIH; destacándose que los principales agentes encargados de promover este derecho (instituciones y profesionales de la salud) son quienes lo vulneran. Ahora bien, la construcción de significados (o interpretaciones subjetivas) y demás consecuencias de estas interacciones en escenarios de salud son diversas, como se verá más adelante.

Experiencias de reconocimiento y construcción de significados en escenarios de salud

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, y en consonancia con lo planteado por otros estudios, las interacciones con profesionales y personal de la salud caracterizadas por el buen trato y la buena atención favorecen una mejor experiencia con el diagnóstico y una mayor adherencia terapéutica (Koch, S. *et al*, 2009; Bermúdez, V. *et al*, 2016 y Horvath, A., 2005). Esas interacciones permiten develar mitos acerca de las vías de transmisión del virus y promueven actitudes positivas referidas a la posibilidad de vivir, y de hacerlo con bienestar, aunque se viva con la enfermedad. Estudios como el de Ballester (2002), sobre la relación del profesional de la salud con el paciente, ya han indicado que hay dos factores que interactúan jugando un papel importante en la adhesión y experiencia con el tratamiento de las personas con VIH: la información suministrada y la empatía y calidez del trato del profesional. Estas experiencias de reconocimiento manifiestan un mensaje central, y es que la actitud empática y la cercanía afectiva tiene un mejor efecto frente al

estigma y la discriminación que cualquier asesoría o información suministrada en torno al tema (sin demeritar la importancia que esto tiene). De esta manera lo expresa uno de los sujetos entrevistados:

Entonces si yo llego y el psicólogo me atiende bien, la trabajadora social me atiende bien, el médico me atiende bien, la enfermera me atiende bien, la que me saca las muestras de sangre incluso, pues que te pone conversa y tú sientes que desde el campo clínico no eres un peligro para la sociedad ni un riesgo biológico andante, tu percepción empieza a modificarse. Porque si la enfermera que me saca a mí la sangre para hacerme los exámenes no me tiene miedo, pues yo de qué tengo miedo de andar por la calle y montar en un bus. Entonces yo creo que sí, la experiencia que pueda tener cada persona sí modifica la manera en cómo se asume, no solo el diagnóstico, sino también cómo puede percibir lo que viene después de un diagnóstico. E11C16 (Marín, 2017, p. 66)

Otra idea que nos suscitan los relatos de los entrevistados es que los profesionales de la salud intervienen desde el ser y no solo desde el saber. En ese sentido los programas de atención en salud y las Universidades podrían explorar una revisión de sus enfoques laborales y pedagógicos, de modo que apunten al desarrollo de estas competencias en los profesionales. Adicionalmente, otro aspecto destacable es el papel que desempeñan los programas de atención frente a la experiencia con el diagnóstico de los HSH con VIH; pues esto genera distintas relaciones con la promoción del goce efectivo de su derecho a la salud. Como se mencionó anteriormente, para muchas de las personas que viven con el virus, estos programas de atención constituyen espacios únicos de confianza donde se pueden expresar ideas y sentimientos relacionados con el diagnóstico de VIH; sobre todo cuando esto no logra hacerse en otros escenarios de interacción, como el familiar o el de los amigos. Acerca de esto comenta uno de los participantes:

Si el diagnóstico hubiera sido de un cáncer pienso que hubiera sido diferente, o de otra enfermedad, pero en particular con esta me parece que los

profesionales, el grupo, el sistema de salud y las personas con las que yo me he relacionado –los médicos, las enfermeras– ha sido de total reconocimiento, de apoyo y de entendimiento [...] Vuelvo con lo que empezamos, no podés llegar a tu casa a decirle a tu mamá “estoy muy bien”, [relacionado] con el recuento y en la carga viral, “ay qué rico, un abrazo”. ¡No! Entonces eso lo trasladas al grupo que te atiende en salud. Ver la alegría de un médico o de una médica que ve que estás progresando en las cosas; pues a mí me parece que, en mi caso, eso ha sido muy bueno. E7C65-69 (Marín, 2017, p. 67)

Por otra parte, se observa que la reivindicación de derechos que se despliega en un contexto institucional, caso de los servicios de salud, puede motivar la generación de cambios en otros contextos relacionales de los sujetos que pueden ser más de orden privado, como es el caso de las relaciones familiares. En un estudio llevado a cabo por Bermúdez *et al* (2016) se refuerza la relación establecida entre la interacción de médicos y pacientes, la adherencia a los tratamientos y la adopción de los llamados estilos de vida saludables. Todo ello establece la intrínseca e importante relación de la red de servicios y los operadores de estos con la vida integral de los pacientes y la necesidad de una política integral aplicada en estas redes para la atención de los pacientes con VIH. Es decir, el reconocimiento de derechos en salud o en la seguridad social de los sujetos puede movilizar cambios en su relacionamiento afectivo. Esto nos permite comprender todo el potencial contenido en el papel del Estado y sus instituciones para la vida de los sujetos:

Mire, cuando usted consigue tener un buen servicio de salud, cuando consigue resolver las barreras del sistema de salud, usted se posiciona frente a su sociedad, a su familia, usted no depende de lo que los demás le quieran dar o ayudar, sino que usted tiene unas garantías, y en la seguridad social específicamente en el tema de pensiones, [porque] sí que es evidente ese tema de pensiones. Cuando la persona logra tener la seguridad social, digamos que su relacionamiento con el entorno es completamente distinto, y lo voy a poner un poco en términos caricaturescos y despectivos. A una chica trans la echan de su casa, tiene una infección por VIH y además tiene problemas de

fluidos corporales que se implantan, entonces tienen una infección severa por esos implantes, y resulta que toda la vida había trabajado y había cotizado al sistema de pensión, y se pensiona, cuando se pensiona se vuelve la joya de la corona de la casa, ahí sí toda la familia la quiere. E8C63 (Marín, 2017, p. 67)

De los entrevistados también pudimos identificar que el vínculo con profesionales de la salud puede hacerse tan significativo y cercano que es equiparado con un vínculo familiar. Tal relación se establece sobre la base de considerar al sujeto con VIH no solo como un portador de un agente biológico infeccioso, sino como un ser humano con potencialidades, lo que implica una actitud compasiva y respetuosa de su dignidad (Mendoza, 2017). Estas interacciones del orden del reconocimiento no solo permiten el goce efectivo del derecho a la salud, sino que pueden llegar a motivar cambios subjetivos en la vida de los sujetos:

Ella, aparte de ser excelente médica, se convirtió en una excelente amiga, es una persona que está completamente pendiente de cómo sigues. Yo salgo de la consulta y al fin de semana me está llamando “qué tal te está yendo, ¿estás bien?”, o sea, es una persona que se interesa. Yo le digo a ella que es una de las principales personas de la familia que construí después de que la otra se fue [...] Yo hago un comparativo a lo que yo era y lo que soy en este momento, el cambio es muy gráfico. E1C76-77 (Marín, 2017, p. 68)

En síntesis, y de acuerdo con los relatos contenidos en este apartado, podemos registrar las interacciones de reconocimiento que se presentan en escenarios de salud y los significados que conllevan (ver tabla 1).

Experiencias de menosprecio y construcción de significados en escenarios de salud

En contraste con el apartado anterior, algunas experiencias de los HSH portadores de VIH con el sistema de salud reflejan interacciones en contravía del reconocimiento; por ejemplo, el menosprecio. Como se expondrá en este apartado, este tipo de experiencias puede reforzar

Tabla 1. Experiencias de reconocimiento en escenarios de salud.

Reconocimiento en escenarios de salud	
Interacciones como:	Contribuyen a:
Buena atención y buen trato por parte de los profesionales.	Tener una mejor experiencia con el diagnóstico
Establecimiento de un espacio de confianza y apoyo para hablar sobre temas que no se hablan en otros contextos de interacción (familia, pareja, amigos, etcétera).	Facilitar cambios y experiencias de reconocimiento en otros contextos.
Facilitación del goce y ejercicio de derechos de ciudadanía.	Brindar otra oportunidad para establecer vínculos que ofrezcan un soporte emocional.
Actitud cercana afectiva e interés auténtico por el bienestar del paciente.	Promover cambios subjetivos que aporten al bienestar de la persona.

vulneraciones previas en los sujetos y contribuir a una inadecuada asimilación del diagnóstico de VIH y al malestar asociado a esto. Por supuesto, todo lo anterior afecta el goce efectivo del derecho a la salud. Para iniciar, una referencia relativamente común entre los participantes del estudio es la descripción de los profesionales y del resto del personal de la salud como personas con prejuicios moralizantes y que hacen señalamientos a los pacientes. Los programas de VIH, aunque son escenarios privilegiados para hablar abiertamente acerca del diagnóstico y para brindar contención emocional, en ocasiones se convierten en lugares donde los pacientes son juzgados, lo cual representa una forma de menosprecio:

Lamentablemente en todos los programas se enjuicia, desde el médico, desde la que atiende en el puesto de asignar citas, todos; siempre hay un juicio, desde la mirada se nota. Y es empezar a jugar con ello, porque lamentablemente para muchas de las personas ese el único de los espacios donde tienen un acercamiento al diagnóstico, es el programa; y ahí son mirados con juicio, entonces ¿qué tan fácil va a ser ese proceso de reconocimiento?, ¿qué tan fácil

va a ser ese proceso de aceptar y de empezar a caminar con el diagnóstico si donde están tratándolo lo miran con juicio? E6C16 (Marín, 2017, p. 69)

Así mismo, un relacionamiento despectivo o lejano propiciado por funcionarios que hacen parte de los programas de atención en salud también es relatado por uno de los participantes. Este, al estilo kafkiano, describe cómo pueden los pacientes sentirse como “bichos raros”, debido a lo que se refleja en la forma de vinculación ofrecida por los profesionales de la salud. Pero esto trasciende lo anecdótico. Como es planteado en algunos estudios sobre el estigma relacionado con el VIH, las malas prácticas y actitudes promueven docilidad en los individuos sobre los cuales recae el estigma; esto opera por medio del sentimiento de anormalidad y de vergüenza que se experimenta, y que puede terminar por legitimar la vulneración de sus derechos (Parker, R. & Aggleton, P., 2003; Aggleton, P., Parker, R. & Maluwa, M., 2003. Ante este factor es importante resaltar en el siguiente relato el carácter de menosprecio que propicia el mismo sistema de salud, donde los tiempos que se tienen para la atención afectan significativamente su calidad y, por tanto, la garantía del derecho:

Mi expareja está en otra entidad de salud absolutamente distinta a la mía, y yo estoy muy pendiente de lo que le pasa a él, entonces cada que va por allá, se refiere en términos despectivos a los profesionales de allá: “esa hijetanta médica que lo ve a uno como un bicho raro y como que entonces ya rapidito tengo que evacuarlo a usted porque hay muchos en fila”. Pues hay que entender el sistema de salud en el que estamos, pero si él me dice que percibe eso en los profesionales de allá, yo lo lamento, me da tristeza, porque siento que ese manejo que le dan los profesionales es vital. E7C74-75 (Marín, 2017, p. 69)

Promover el sentimiento de culpa también afecta la adaptación y asimilación del diagnóstico de VIH, y esta es una referencia que también aparece en uno de los relatos, en este caso aludiendo a la intervención de un profesional de la psicología. Allí se puede apreciar cómo la falta de

empatía de los profesionales hacia los pacientes, que por demás asisten en busca de acompañamiento u orientación, puede generar un mayor malestar:

Entonces a él [mi pareja] le dijeron que yo era negativo, entonces él se enojó: “¿cómo va a ser que soy negativo sí soy el que está presentando los síntomas, y él es positivo?”. Hasta que entró la psicóloga, con el misterio más grande del mundo entero, [porque] claro, [eso fue] en el noventa y dos, y apenas estaba empezando a conocerse en el país este rollo. Y entonces la psicóloga empezó a decir una cosa y otra cosa, y a mí me empezó a disgustar. Ella quiso decir algo así como que “ustedes son promiscuos”, que como usted se ausentó aprovechó su ausencia, y etcétera. E2C44 (Marín, 2017, pp. 69-70)

Los testimonios de los entrevistados hacen hincapié en cómo el sentirse culpabilizado genera enojo y propicia una ruptura en la alianza terapéutica, aspecto clínico que resulta sumamente importante para el logro de objetivos terapéuticos comunes entre el profesional y el paciente. La mala actitud de los trabajadores en salud impacta de manera global la forma en que las personas –con el diagnóstico de VIH o no– reciben las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tal como lo han mostrado diversos estudios (Bran, L., Palacios, L., Posada, I. & Bermúdez, V., 2017):

En ese momento era como para informarme que yo tenía esto, pero él [doctor] lo enfocó más, diría yo, por el lado de culpabilidad, entonces eso a mí me chocó y a mi pareja también. Mejor dicho, en ese momento no nos hizo falta el psicólogo. E2C69 (Marín, 2017, p. 70)

Las prácticas o actitudes de los profesionales que acompañan los programas de VIH pueden convertirse en barreras de acceso frente a los servicios de salud, en este caso cuando se tiene una actitud orientada a la realización de señalamientos que infantilizan a los pacientes (regaños) en lugar de una orientada a la ayuda terapéutica. En uno de los casos la pregunta eje estaba enfocada en el caso de un fallecimiento, y se indagaba

por la sensación del entrevistado ante dicha situación, por tanto, se le preguntaba si él consideraba que la situación se dio a raíz de una mala experiencia con el sistema de salud:

Definitivamente yo no voy a ir por allá a que me regañen. Uno bien llevado del verraco y otro regañándolo encima de eso. Entonces la persona ¿qué hizo?, siguió en su vida, abandonó el tratamiento y se murió. E9C30 (Marín, 2017, p. 72)

Adicionalmente, las afirmaciones que ponen el énfasis en el déficit del sujeto, es decir, en la reducción del paciente a su patología, dejando de lado los recursos del sujeto en diferentes dimensiones, es otro tipo de actitud que puede generar distanciamiento o rupturas en la relación médico-paciente. Esto puede generar desesperanza y desmotivación en las personas que viven con VIH, más cuando no se está muy informado o se lleva poco tiempo asimilando una nueva condición de salud:

Yo me encontré una médica que me dijo: “usted tiene que acostumbrarse a estar más en urgencias que en su casa” Y eso fue comenzando un diagnóstico. [...] Pues eso es asociar el diagnóstico con muerte, con enfermedad, con la imposibilidad, con caos. E6C68-69 (Marín, 2017, p. 72)

Aunado a lo anterior, en escenarios de salud los HSH con VIH también relatan experiencias de menosprecio referidas a barreras en el acceso a la atención; particularmente falta de entrega de medicamentos antirretrovirales, pero, en general, diversas vulneraciones frente al goce efectivo del derecho a la salud. Pelear contra el Estado por vulnerar el derecho a la salud es una lucha por el reconocimiento, pero en ese camino hay un enfrentamiento entre instituciones que, a través de muchos tipos de prácticas, menosprecian. Esto, sumado al hecho de vivir con una enfermedad crónica, es algo que puede afectar la autoestima. En esa dirección, no resulta fortuito que se invoque al Estado en este caso, dado que este es el encargado de garantizar, a través de leyes y demás marcos normativos, el goce efectivo del derecho a la salud. Los interlocutores de esta investigación expresaron

que, ante la situación de discriminación o maltrato, algunos HSH con VIH tienen conocimientos sobre las estrategias para luchar por la defensa de sus derechos, pero otros no, y eso subraya condiciones de inequidad donde los más vulnerables resultan repetidamente afectados:

Va uno a buscar ayuda y hay unas barreras de acceso impresionantes. Entonces, yo ya sé pelear, pero hay gente que no sabe pelear frente a eso, y eso te disminuye la autoestima terrible, porque pelear uno con una patología, y pelearle al Estado –aunque pelearle al Estado sea algo mínimo frente a esa patología–, y que le digan a uno que no. ¡Tenaz! Que tenga que salir uno a pedir un derecho de petición, una tutela, un desacato. E9C28 (Marín, 2017, p. 70)

Ahora bien, un aspecto fundamental para el manejo clínico del paciente con VIH es la entrega oportuna de medicamentos, dado que la adherencia irregular a los mismos genera mayores oportunidades de resistencia del virus a los antirretrovirales y, por tanto, mayores riesgos de complicaciones en salud. No obstante, la entrega inoportuna de estos medicamentos, hecho lamentable e injusto, es una vulneración que hace parte de la vida de algunos pacientes de VIH en la ciudad, a pesar de que el informe de la Cuenta de Alto Costo (2018) nos dice que el porcentaje de personas que no recibieron tratamiento por desabastecimiento en el país en el año 2017 corresponde al 0.01%. Sin embargo, los relatos del estudio reflejan la necesidad de hacer otras investigaciones que atiendan esta cuestión:

Por ejemplo, yo tuve la consulta médica el 7 del mes y esta es la hora que no me han dado los medicamentos, y hoy estamos a 17; llevamos diez días esperando el medicamento. Afortunadamente uno es preventivo y tiene un poquito de ventaja [excedente de medicamentos antirretrovirales] para estos casos eventuales. Pero entonces, dígame, las personas que no tienen esa prevención, en diez días pueden pasar muchas cosas; en diez días puede desmejorar mucho la salud de una persona que quizás tiene un tratamiento con una disciplina adecuada. E5C68 (Marín, 2017, p. 71)

La negación de servicios en salud y las demás experiencias de vulneración que se presentan, a pesar de que se tengan recursos para emprender luchas por la defensa de derechos, conlleva un desgaste o un estrés, que afecta negativamente la propia percepción de la calidad de vida:

Entonces si una persona por ejemplo ha tenido que acudir a tutelas, derecho de petición, que le den un desacato, que le den una medida provisional, que tenga que pelear para todo, creo que también hace que su percepción personal como que “¡jueputa, ¿por qué me pasó esto?!”, pues, “¿¿por qué no estoy como las otras personas que sencillamente van por su Lozartán, o su medicamento para qué sé yo, y no tienen que hacerlo?!”, entonces yo creo que eso también varía en la percepción, y también yo creo que incluso podría afectar negativamente su calidad de vida, o la percepción de su calidad de vida. E11C17 (Marín, 2017, p. 71)

Tabla 2. Experiencias de menosprecio en escenarios de salud.

Menosprecio en escenarios de salud	
<i>Interacciones como:</i>	<i>Contribuyen a:</i>
Señalamientos cargados de juicios morales por parte de los profesionales	Vivencias de sentimientos de culpa y angustia.
Actitud distante, despectiva y centrada en el déficit por parte de los profesionales.	Percepción negativa sobre su propia calidad de vida.
No entrega de medicamentos, barreras en el acceso a la atención y demás vulneraciones del derecho a la salud por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.	Rupturas en la relación con el terapeuta y abandono del acompañamiento.
	Sensaciones de desgaste y mayores dificultades en la experiencia con el diagnóstico.

Luchas por el reconocimiento en escenarios de salud y subjetividad política

En los apartados anteriores se presentaron relatos de HSH con VIH acerca de las interacciones de reconocimiento y de menosprecio que

se presentan en los servicios de salud, y también se identificaron algunas construcciones de significado asociadas a estas interacciones. En un sentido complementario, este apartado pondrá el acento sobre el papel que desempeñan los sujetos en esas luchas por el reconocimiento en escenarios de salud. Aquí se resalta más propiamente el rol activo de los pacientes, su subjetividad política y la sensibilidad adquirida para asumir también las luchas por el reconocimiento de los derechos de otros.

Para comenzar, se señala que el rol de los HSH con VIH ante las situaciones de vulneración de derechos en salud es variable. En este sentido, es posible ubicar dos polos opuestos entre estas posiciones: de un lado, una respuesta activa que apela a la reivindicación de derechos cuando se hace necesario y, del otro, una posición pasiva que se acomoda frente a las vulneraciones de derechos, aceptando dócilmente esta situación como una realidad establecida.

Hay de todo, hay gente que es muy resiliente y es capaz de todo, de encontrar en esas dificultades un reto y una motivación de vida; y hay quienes hacen parte, digamos, de la segregación, la autodiscriminación que ellos mismos generan: “ah, es que como tengo SIDA, como soy marica, entonces ahora ni a la salud, ni al médico tengo derecho”. De nuevo, yo insisto, es que eso es tan diverso, [...] es decir, vas a encontrar de todo, hay gente con una capacidad de oportunidad, de querer, y esa dificultad la ve como un proceso de aprendizaje, como un proceso de poder cruzar una barrera. E8C61 (Marín, 2017, p. 73)

Complementando este planteamiento, es importante retomar la idea de Parker *et al* (2003) y Aggleton *et al* (2003), la cual se refiere al estigma relacionado con el VIH. De esta manera podemos comprender cómo la docilidad no responde a un atributo de los individuos –lo que despolitizaría la cuestión–, más bien esta sobreviene como resultado de la operación simbólica que se efectúa a través del proceso de estigmatización: Esto quiere decir que el estigma causa discriminación, la discriminación conduce a violaciones de derechos y estas violaciones terminan legitimando al estigma. Este proceso circular resulta dramático cuando los HSH con

VIH no cuentan con recursos para resistirse o con la solidaridad de otros para poder romper esa tendencia. En ese panorama de injusticia podemos comprender cómo se construye la docilidad en los sujetos.

Ahora bien, resulta importante considerar la conjugación de los diferentes escenarios relacionales, así como los significados adquiridos, los cuales pueden facilitar o dificultar las nuevas interacciones que se presentan en otros escenarios –como en el ámbito familiar o en los programas de atención en VIH–. En ese sentido resulta relevante reiterar que la seguridad y el acompañamiento que brindan otros –en este caso específicamente la familia– facilita la lucha por el reconocimiento de derechos en escenarios de salud. Se destaca aquí ese componente comunitario, de solidaridad, que implican estas acciones de reivindicación:

Cuando eso pasó y de esa manera que pasó, para mí fue mucho más fácil poderme relacionar en la posición también de paciente. La gran dificultad era el virus, era el acceso a los servicios de salud con el virus; si bien tenía la seguridad social, si bien tenía acceso a los médicos, hasta el momento en que a mí me diagnostican, prácticamente no había nada en el plan de beneficios, no existía la carga viral, no existían los medicamentos dentro del plan de beneficios, era una lucha por garantizar mi calidad de vida a través de unos mecanismos legales, y todo eso es una mezcla de sensaciones. Yo tengo todo el reconocimiento y la valoración y el apoyo de mi familia, pero por fuera no refuerza nada, entonces era ir a luchar. Y pues, a las citas con los médicos iban mis hermanos conmigo a acompañarme y todas esas cosas para poder entender de qué manera el grupo familiar iba a afrontar el desarrollo del asunto. Yo nunca he tenido conflictos con la infección, es decir para mí es una condición de salud como cualquier otra. Nunca tuve valoraciones morales religiosas que me afectaran de ninguna manera. También en una conversación con mi padre me decía: “a usted le va a tocar más duro, pero usted tiene con qué, usted tiene con qué afrontar eso, pero le va a tocar más duro, simplemente sepa que la lucha no está aquí, está afuera”. Pero esa lucha no fue una lucha con nadie realmente, esa lucha fue una lucha de la mano con los demás, y en eso se convirtió, en la posibilidad para poder abrir un camino y ayudar a otras personas a encontrar el camino. E8C55 (Marín, 2017, p. 74)

Precisamente, esa dimensión comunitaria nos permite visibilizar la subjetividad política, entendida como un entramado de la capacidad reflexiva, la autonomía, la conciencia de lo histórico y lo público, que, en la intersubjetividad, como señalan Alvarado, *et al* (2008), promueve transformaciones sociales para la equidad, y que se pone en juego en las luchas por el reconocimiento en escenarios de salud. En este sentido, la vulneración a los propios derechos puede generar mayor empatía, mayor sensibilidad, acerca de las vivencias de los otros, sus potencialidades y precariedades, y de lo importante que resulta aquí la solidaridad. Las luchas por el reconocimiento contribuyen al fortalecimiento de la ciudadanía activa, donde se promueve la expresión de los propios derechos y los derechos de los otros:

Entonces, además, se vuelve una dinámica que me permite andar en un universo empresarial, andar en un universo completamente distinto, urbano social, de reconocimiento del otro, y eso fue realmente maravilloso. Y empieza otro proceso de construcción al interior de mi familia. También de reconocer que hay mucho que hacer por el otro, que el núcleo que nosotros tenemos tan cerrado en el grupo familiar tiene muchas responsabilidades externas y empezó a cambiar un poco la forma de responsabilidad social al interior de la familia. E8C57 (Marín, 2017, pp. 74-75)

Para finalizar, y a manera de conclusión, se plantea que los programas de VIH son escenarios muy potentes en clave de garantía al goce efectivo e integral del derecho a la salud de los HSH con VIH. Toda vez que en estos espacios no solo se recibe atención por parte de profesionales de la salud y se obtienen medicamentos, sino que se posibilita la construcción de relaciones afectivas del orden del reconocimiento, lo cual contribuye a tener una mejor experiencia con el diagnóstico. Esto es así debido a que para muchas personas que viven con VIH estos son los únicos escenarios donde pueden hablar acerca de sexualidad y de VIH de una manera que no logran hacerlo con otras personas, aún más si se tiene en cuenta la historia de estigma y discriminación relacionada con la enfermedad y con la diversidad sexual.

Pese a lo anterior, la experiencia de algunos HSH con VIH es frustrante en este sentido, pues los programas de VIH, en lugar de constituirse en espacios de garantía de derechos y de contención emocional, resultan en espacios donde se vulneran sus derechos a través de señalamientos moralistas, barreras administrativas, entre otras formas de menosprecio, que pueden llevar hasta el abandono terapéutico. Ante este tipo de escenarios, la subjetividad política de las personas con VIH, su dimensión comunitaria, su sensibilidad ante la vulneración a los derechos de otros y la construcción de redes de acompañamiento, se pone en juego en sus luchas por el reconocimiento integral de derechos ante el sistema y los servicios de salud, buscando eliminar las prácticas de menosprecio que los reduce a *simples portadores* y que desconocen su integralidad como seres humanos legítimos.

Bibliografía

- Aggleton, P., Parker, R. & Maluwa, M. (2003). "Estigma y discriminación por VIH y SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción". En *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina*. Perú: Fundación Ford; Universidad peruana Cayetano de Heredia.
- Alvarado, S., Ospina, H., Botero, P. & Muñoz, G. (2008). "Las tramas de la subjetividad política y los desafíos a la formación ciudadana en jóvenes". En *Revista Argentina de Sociología*, 11. (pp. 19-43). Buenos Aires: Consejo de Profesionales de Sociología.
- Ballester, R. (2002). "Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA". En *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), (pp. 151-175). España: UNED.
- Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L. & Posada, I. (2016). "Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín". En *Revista de Salud Pública*, 18(4). (pp. 543-553). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona: Hora S.A.
- Bran, L., Palacios, L., Posada, I. & Bermúdez, V. (2017). "Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín". *Revista Ciencia de la Salud*, 15(1). (pp. 59-70). Bogotá: Universidad del Rosario.

- Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria, 1751 (2015). Bogotá.
- Corte Constitucional de Colombia (2014). Sentencia C-313/14. Bogotá.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo, CAC. (2018). Situación del VIH/SIDA en Colombia, 2017.
- Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. (2016). *Informe de resultados. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia*. (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cúcuta, Pereira y Cartagena).
- Gañán, J. L. (2013). *Los muertos de la Ley 100, prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud, una razón de su ineficacia caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Tesis de Doctorado de la Facultad de Derecho y Ciencia Política. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Horvath A. O. (2005). "The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue". En *Psychotherapy Research*, 15(1). (pp. 3-7). Filadelfia: Universidad de Pennsylvania; Escuela de Medicina.
- Koch, S. D. A., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A. K. & Benitez, A. (2009). "La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico". En *MedULA*, 18(1), (pp. 33-39). Venezuela: Universidad de los Andes, Mérida.
- Marín, S. (2017). *Significados de reconocimiento y prácticas de cuidado en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH, Medellín, 2016*. Tesis de Maestría de la Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Medellín Cómo Vamos. (2017). *Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2016*.
- Mendoza, A. (2017). "La relación médico paciente: consideraciones bioéticas". En *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4). (pp. 555-564). Perú: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
- ONUSIDA. (2017). Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017.
- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". En *Social Science & Medicine*, 57(1), (pp. 13-24). Holanda: Elsevier.
- Sontag, S. (1990). *Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphors*. New York: Picador.
- Strauss, A & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

EXPERIENCIAS DE MUJERES (CISGÉNERO Y TRANSGÉNERO) VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN MEDELLÍN⁴

Diana Cristina Sánchez Pérez y Gabriel Jaime Otálvaro Castro

Introducción

La reflexión sobre las experiencias que mujeres cisgénero y transgénero, como víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano, han tenido en la búsqueda de atención en salud mental en Medellín parte de indagar acerca de la respuesta institucional que se antepone al conflicto armado: ¿qué y cómo se oferta desde las entidades responsables en estos casos en específico a la población afectada? Para

4 El documento es un texto derivado de los resultados de la investigación “Atención en salud mental a mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, Medellín; posterior a la ley 1448/2011”, realizada por Diana Sánchez, bajo la dirección Gabriel Otálvaro. Maestría en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública; Universidad de Antioquia.

la investigación de la que se deriva este documento se definió como objetivo general analizar la atención en salud mental, su normatividad, la respuesta institucional y la experiencia de mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado; específicamente en la ciudad de Medellín posterior a la Ley 1448 de 2011. Para este fin se parte del objetivo específico, el cual es reconocer las experiencias de mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado en relación con la atención en salud mental.

Es importante considerar tres elementos en el contexto actual. En primer lugar, existe un escenario de postacuerdo entre la guerrilla de las Farc-EP y el Gobierno nacional; en segundo lugar, está el reconocimiento a los derechos de las víctimas, marco en el cual prevalecen legítimas exigencias; y, tercero, debemos reconocer que hay avances normativos en las últimas dos décadas relacionadas con la atención de las víctimas, la salud mental y las disposiciones con enfoque de género desarrollados en el país. Sobre este último aspecto resaltamos la Ley 1448 de 2011, “Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”, la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de salud y protección social –que determina un protocolo de atención a víctimas de violencia sexual–, la Ley 1616 de 2013 correspondiente a la salud mental, la Ley 1719 de 2014 por la cual se modifican algunos artículos de las leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones, y, por último, la Ley 1751 de 2015, es decir, la Ley Estatutaria en Salud. Dichos elementos han favorecido la amplia opinión respecto a los temas que se abordarán, y mayor investigación sobre la problemática del conflicto y la importancia de abordarlo.

Como bien se reportó en 2013 el Centro Nacional de Memoria Histórica y en 2015 la Comisión Histórica del Conflicto Armado y sus víctimas, debe tenerse presente que el país ha sufrido un histórico y complejo conflicto social, político y armado, lo cual ha generado diferentes modalidades de victimización en la población, de las cuales varias repercuten en la salud

pública del país. En Antioquia se han vivenciado fuertes luchas por el territorio, con variedad de actores y modalidades de violencia debido a los intereses económicos y políticos en la región, siendo uno de los departamentos con más del 70% de población desplazada, y su capital, Medellín, ocupa el segundo lugar entre las ciudades en el país receptoras de población desplazada (Personería de Medellín, 2014). Dentro de los repertorios de violencia presentes tanto en la ciudad como en el País, encontramos la violencia sexual, generalizada e invisibilizada en la sociedad. Esta práctica se ejerce de múltiples formas de manera sistemática, a su vez, y desafortunadamente, es un delito altamente desestimado debido a distintos estigmas, por lo que representa una alta tasa de impunidad. Se corresponde entre otras formas con el ejercicio de la esclavitud, la esclavitud sexual y la prostitución forzada, la trata de personas, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, o cualquier forma de violencia sexual de gravedad comparable. Es decir que puede incluir violación, exámenes médicos inapropiados, registros corporales, e incluso prácticas como empalamientos. Dicha violencia en el conflicto es una práctica ejercida como acto de agresión, castigo y/o control territorial; por tanto, como bien anota Blair (2010), se considera un mecanismo de dominio, de ejercicio de poder.

Tanto las mujeres como los hombres han sido víctimas de violencia sexual en el conflicto, particularmente las mujeres son obligadas a ejercer tareas de cuidado, a tener relaciones afectivas y/o sexuales con actores del conflicto, son violentadas a causa de la participación política que pueden ejercer y el liderazgo que desarrollen en sus comunidades; además, la violencia sexual se identifica como antesala de desplazamiento forzado y feminicidios. Tal como lo evidencian las cifras de la campaña “Violaciones y otras violencias: saquen mi cuerpo de la guerra, 2010”, para el periodo 2001-2009 alrededor de 500.000 mujeres declararon ser víctimas del hecho. La misma campaña registró que para el periodo 2010-2015 existían 875.437 mujeres afectadas por violencia sexual.

En relación con la población LGBTI, más que un crimen de odio, la violencia sexual se observa como un mecanismo de normativización y

ejercicio de poder. El Centro de Memoria Histórica (2013) señala que el uso de la violencia sexual contra población LGBTI no solo es intolerancia social, sino que obedece a elementos del ejercicio del poder en medio del conflicto. De forma similar lo nombra el Secretario General Ban Ki-Moon en el informe de 2015 sobre violencia sexual relacionada con conflictos (Consejo de Seguridad Organización de Naciones Unidas, 2014). Así, las afectaciones por el conflicto, y específicamente por la violencia sexual, generan daño moral, sociocultural, político y una gran huella emocional, en especial en grupos poblacionales vulnerados como las mujeres y la población sexualmente diversa. Entre otras tantas dimensiones, dichas afectaciones requieren una atención en salud mental.

Debemos aquí anotar que al hablar de salud mental encontramos distintas concepciones como la de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2013), que la plantea que la salud mental comprende un estado de la persona consciente de sus capacidades y el desarrollo en su comunidad; también está la concepción de la corporación Apoyo a Víctima de violencia sociopolítica pro Recuperación Emocional, AVRE (2008), quienes consideran parte de la salud mental las potencialidades, la visión de sí mismo y la interacción con otros, aspectos que a la vez inciden en la visión propia y del mundo. Está también la estipulada en la Ley de Salud Mental 1616 de 2013, que la define como un estado dinámico, expresado en el comportamiento y la interacción, que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos para transitar por la vida. Para la presente reflexión se concibe la propuesta de Martín-Baró (1984), quien habla de la salud mental como

una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos [...] [Es] un problema de relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera. [...] [Concibe] la materialización en una persona, del carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones sociales. (Martín-Baró, 1984, p. 7)

Teniendo presente las diversas afectaciones y la noción de salud mental que se expone, la atención brindada debe ser especializada, así como estar diferenciada en distintos niveles, modalidades y enfoques. Estas diferenciaciones deben hacerse, además, a nivel individual, grupal y comunitario, concibiéndola más allá de la noción de enfermedad mental, que permita abordarla de forma interdisciplinaria e intersectorial. Así, la atención en salud mental no solo implicaría atención por medio del sistema de salud ordinario, sino también el desarrollo de acciones por parte de otras entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral de Víctimas, SNARIV.

Por ello, para la presente reflexión se parte del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, autónomo, individual y colectivo, y de responsabilidad estatal como servicio público, y que en el marco del conflicto esto hace parte intrínseca del derecho de las víctimas a la reparación integral.

Metodología

La investigación respondió a una perspectiva epistemológica con una metodología cualitativa de enfoque crítico social; como estrategia se usaron el estudio de caso, el análisis de contenido y la herramienta analítica de síntesis conocida como “itinerarios burocráticos” –método teórico metodológico que se usa para evaluar los sistemas de salud-. Entre las técnicas usamos el normograma, entrevistas semiestructuradas a actores institucionales, entrevistas en profundidad a mujeres y población LGBTI víctimas, y la herramienta Atlas.ti para el análisis de información. Debido a las características de la investigación se aplicaron acciones para minimizar el riesgo de victimización y revictimización de los participantes.

Resultados

Para este documento se utilizaron como insumo los hallazgos de la investigación citada inicialmente, y los relatos de dos de las víctimas

entrevistadas en el marco de esta: Manuela, una mujer cisgénero, y Clara, una mujer transgénero –los nombres de las entrevistadas han sido cambiados para salvaguardar su identidad–.

Características de las mujeres

Las dos entrevistadas son mujeres en edad adulta, con cualidades admirables y que ejercen un oficio que las entusiasma; ambas son lideresas comunitarias, y reconocidas entre la población víctima. Ninguna de las dos culminó su proceso educativo regular. En cuanto a sus vivencias de violencia, Manuela fue víctima de abandono, negligencia, trabajo infantil y abuso sexual infantil; ha sufrido amenazas, varios eventos de desplazamiento intraurbano, asesinato de dos de sus parejas y de familiares. Por otro lado, Clara ha sido víctima de amenazas, hostigamientos y ha sido testigo de asesinatos de población LGBTI en su municipio de origen, víctima de desaparición extrajudicial –falso positivo–, desaparición forzada de un hermano y desplazamiento forzado. Ambas han sido víctimas de otros hechos victimizantes en el marco del conflicto.

Los hechos de violencia sexual

Los hechos de violencia sexual son variados en ambos casos; se presentan en diferentes épocas y lugares. Clara es originaria de un municipio de Antioquia donde es víctima de falso positivo judicial en la primera década del 2000, durante su encarcelamiento injusto sufrió repetidamente episodios de actos sexuales degradantes y acceso carnal violento; los responsables fueron paramilitares, guerrilleros y guardias oficiales. Al ser liberada, decide no retornar a su territorio debido a amenazas y el contexto de su municipio; así pues, se quedó residiendo en Medellín ejerciendo la mendicidad, el trabajo sexual y viviendo bajo otras circunstancias de vulneración. En el caso de Manuela se presentan dos episodios de violación acompañados de otros hechos victimizantes en diferentes sectores

de Medellín. En el primero, ejecutado por paramilitares a finales de la década de los 80, es víctima de aborto tras el hecho. El segundo sucede a inicios del 2000, en esa ocasión hubo lesiones físicas, actos sexuales degradantes, acceso carnal violento y tortura.

Por parte de ambas se identifican contextos con presencia de distintos actores armados, quienes ejercen control político, e influencia de entidades y referentes de autoridad; en sus relatos se evidencia además el silencio y la naturalización de la violencia. Clara identifica contextos discriminatorios, en los que personas de diferentes orientaciones fueron víctimas de la guerra. Tanto Manuela como Clara han buscado y recibido atención en la ciudad.

Afectaciones tras los hechos de violencia sexual

Como se ha mencionado, las afectaciones son múltiples en este tipo de casos, particularmente Manuela y Clara relatan una fuerte huella emocional caracterizada por la sensación de culpa, la vergüenza, los diversos miedos que se presentan en estas situaciones (a denunciar, a que ocurra de nuevo, a relacionarse de nuevo); presentaron signos y síntomas físicos que no recibieron tratamiento oportuno y que luego no se asociaron a lo ocurrido por lo que no se abordan como parte de la atención y reparación integral. Ambas han presentado crisis de ansiedad, crisis depresivas, ideación e intentos de suicidio, entre otros.

Tanto Manuela como Clara refieren daño moral y social ya que se vieron afectados distintos ámbitos como la vida en pareja, en la que se generó una discapacidad por trauma en el asunto relacional, afectando el disfrute de la sexualidad, la percepción del cuerpo y el ser; tanto la vida familiar como sus relaciones sociales son mediadas por el silencio, la desconfianza, aislamiento social, sobreprotección para con los hijos. También impactó en su vida laboral, perdiendo autonomía económica. Las dos mujeres vieron fuertemente afectados sus proyectos de vida, viviendo desplazamiento, dificultades económicas, acompañadas del malestar

físico, mental y emocional. Cada una de ellas batalló en su cotidianidad y lograron resolver algunas de las problemáticas con el paso del tiempo y con el apoyo de familiares y entidades privadas.

Recorridos de las mujeres en la ruta de atención

Teniendo presente el periodo en que acontecen los hechos, las mujeres no buscaron ni obtuvieron atención adecuada como víctimas de violencia sexual ni como víctimas del conflicto armado. Esto debido a múltiples factores como el no reconocimiento del conflicto en dicha época, falta de desarrollo normativo, falta de servicios, poca idoneidad profesional, estigmas, entre otros. Sin embargo, recibieron apoyo particular a través de privados. En el caso de Manuela por autogestión, y en el caso de Clara a través de organizaciones socio comunitarias y no gubernamentales. En ambos casos, por desconocimiento, miedo, culpa y vergüenza, no se recurrió a su red de apoyo familiar; ellas relatan la represión de los hechos, siendo este –el silenciamiento– un mecanismo de defensa que exige un gran gasto de energía psíquica para ocultar lo acontecido. Para las dos, la posibilidad de narrar y renombrar los hechos es un proceso necesario para la recuperación; es por ello que, una vez se hicieron un reconocimiento propio como víctimas, comenzaron a gestionar y a acceder a la atención brindada por la oferta institucional.

En adelante se refiere el recorrido de cada una de ellas en la ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual identificada en la ciudad de Medellín; debo aquí anotar que se entiende la ruta de atención como aquella serie de procedimientos articulados que constituye la respuesta de un conjunto de instituciones frente al derecho a la atención, en este caso de mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado. La ruta de atención se construyó a partir de la información recolectada en la investigación tras la revisión de las normas vigentes, y entrevistas realizadas a actores institucionales, y víctimas; posteriormente fue ajustada y validada con algunas de las personas entrevistadas. En términos generales se presenta en la ruta lo que se dispone en la

normatividad revisada y es implementado, de distintas maneras, según la gestión que se desarrolló y las necesidades de cada caso, según el tránsito particular realizado por Manuela (ver figura 1) y por Clara (ver figura 2).

En la ruta se encuentran dos procedimientos iniciales, la declaración que es obligatoria para acceder al reconocimiento como víctima, y la denuncia que es opcional. Según la ley las personas víctimas tienen derecho a medidas de atención, asistencia y reparación; las medidas de atención se componen, para el caso de desplazamiento, de ayuda humanitaria –inmediata, de emergencia y en transición–. En otros hechos, como violencia sexual, se dispone de ayuda humanitaria inmediata a cargo de los entes territoriales, sin necesidad de denuncia ni inclusión en el Registro Único de Víctimas, RUV. Si el caso es reciente, el primer paso es la activación de atención en salud, según el protocolo 0459 del Ministerio de Salud y Protección Social. Luego de la inclusión en el RUV se puede acceder a las medidas de asistencia, y gradualmente a las medidas de reparación. El ingreso a la ruta puede hacerse de diferentes formas; la entidad, el procedimiento y en ocasiones el profesional o servidor público que realice la atención determinan el paso a seguir, y el tránsito por la ruta de atención. En las figuras de los recorridos realizados por las mujeres se utilizan convenciones de colores para relacionar las barreras de acceso que se presentan en los servicios: el amarillo denota que se presentan barreras, pero se accede, el naranja indica que no en todos los casos se accede por presencia de barreras, el rojo da cuenta de barreras múltiples y el color granate denota muy difícil acceso al servicio (ver figura 1 y 2).

Recorrido de Manuela en la ruta de atención

Para el año 2008, Manuela fue orientada por una profesional que realizó procesos para legalización de predios en el sector de residencia, asistió a Personería donde fue atendida por desplazamiento intraurbano, y recibió algunos subsidios económicos. Para 2009 fue víctima de un nuevo desplazamiento y meses después ocurrió el segundo episodio de violencia

sexual. En años posteriores, acudió a varios psicólogos particulares, pero no logró abordar lo sucedido. Posteriormente, al ser informada realizó el trámite para la inclusión en el RUV y participó de algunas actividades en el Centro de Atención a Víctimas, CAV, donde conoció la oferta psicológica. Tras una crisis depresiva e intento de suicidio, gestionó atención con una profesional; la oferta inicial fue grupal, luego atención individual, realizando tres años de psicoterapia individual.

El tránsito fue realizado a través del acompañamiento psicosocial de una profesional del equipo municipal de atención y reparación a víctimas, quien le brindó psicoterapia, orientación y acompañamiento en la gestión para atención en salud mental con la entidad promotora de salud; también recibió acompañamiento en el procedimiento de la declaración y denuncia. Este proceso la impulsó a participar en espacios para el fortalecimiento de su proceso individual, ampliando el conocimiento y su red de apoyo. Desde entonces, ha hecho parte de acciones simbólicas, talleres de recuperación emocional y ha recibido el mensaje estatal de dignificación. Por otro lado, ha realizado otras acciones a través de organizaciones de víctimas, de mujeres, espacios comunitarios y continúa con otras ofertas de la ciudad. Se le otorgó indemnización administrativa por el primer episodio, aunque el segundo episodio de violencia sexual no fue incluido en el RUV al no considerarse vinculado al conflicto armado. Además, al ser hechos declarados tras muchos años luego de los sucesos, el acceso a salud física no se gestionó a través de la oferta institucional; en este caso, frente a la denuncia realizada, se mencionan muchas inconformidades y malestares. De las últimas noticias recibidas, ha Manuela se le notificó que el caso fue archivado. Debemos decir que, tras la entrevista, vemos que se nombra y se evidencia revictimización en este procedimiento (ver figura 1).

Recorrido de Clara en la ruta de atención

Para 2002, y por orientación de una persona particular, Clara asistió a la Defensoría del Pueblo donde realizó una declaración, pero no logró una

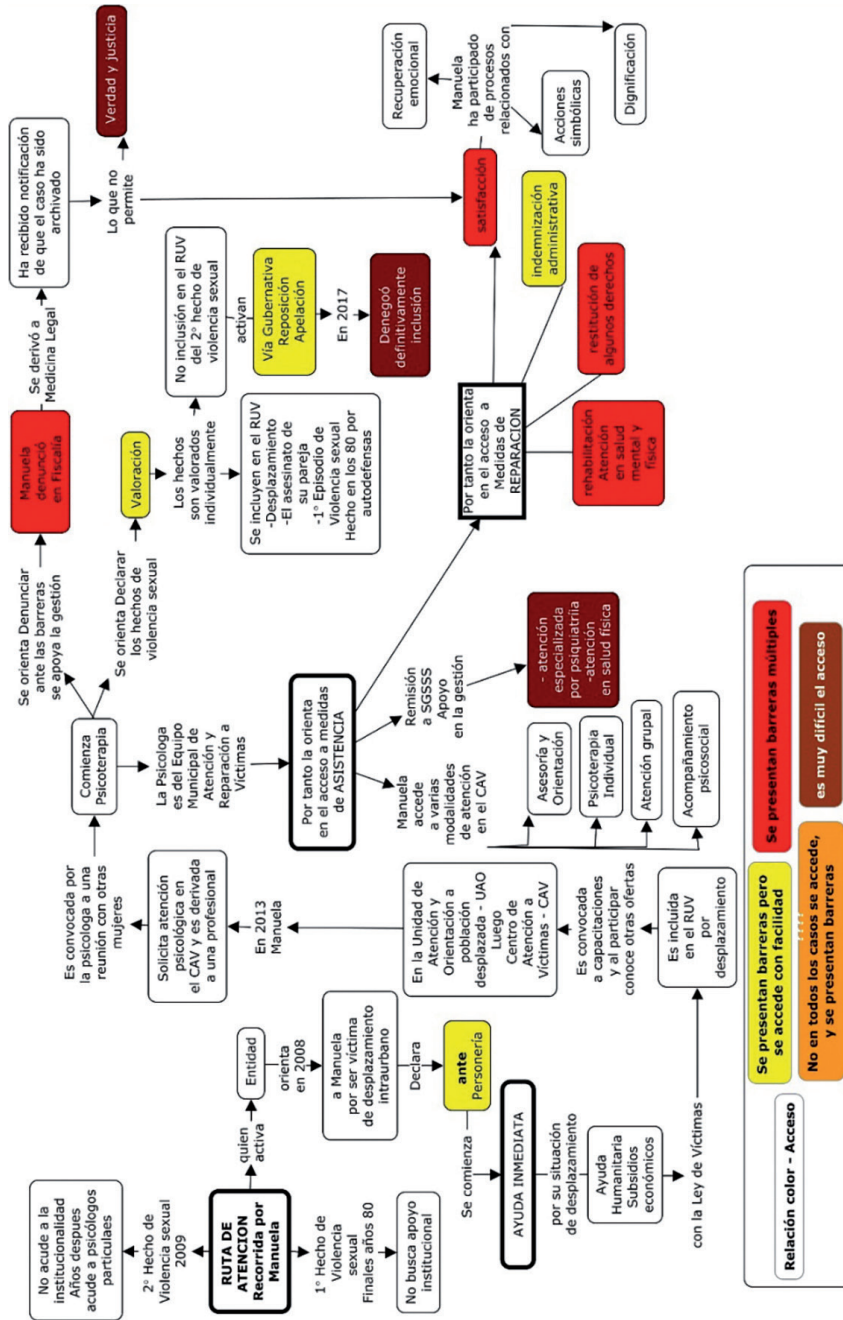


Figura 1. Ruta de atención recorrida por Manuela.

adecuada orientación ni apoyo alguno. En 2009, por su participación en la junta de acción comunal, conoció sobre el programa Acción Social y realizó gestiones para ser reconocida como desplazada sin resultado positivo. Ante este procedimiento, Clara menciona tratos inadecuados que le generaron mucha frustración. En 2010, con nuevas gestiones ante el programa, logró asesoría y subsidio económico, dinero que usó para su casa. Luego de la Ley de Víctimas, Clara realizó la declaración por el encarcelamiento injustificada, los episodios de violencia sexual y el desplazamiento forzado, además de la desaparición forzada de un hermano. Para la época, Clara también comenzó su participación en escenarios representativos de víctimas, asistiendo a espacios de socialización, y capacitación. Dentro de la ruta expuesta se muestra que ha accedido a algunos subsidios y a asesorías jurídicas. También se reconocen diferentes ofertas de ciudad, así como el ejercicio de una ciudadanía activa en espacios representativos de víctimas; ha sido convocada a espacios de acciones simbólicas, talleres de recuperación emocional y ha recibido el mensaje estatal de dignificación, además de espacios de capacitación y consulta para la planeación de la oferta municipal. Actualmente se encuentra participando de un proceso de reparación colectiva, que ha tenido retrasos debido a dificultades en la entidad que lo lidera, incumpliendo fechas y compromisos. Aun así, participa de otras ofertas institucionales en la ciudad y gestiones con entidades privadas.

En el caso de Clara, se evidencia autogestión, algunos apoyos, capacitación y empleo; todo lo ha obtenido de forma particular a través de organizaciones no gubernamentales. En relación con las atenciones en salud física y mental, y la participación en un programa para proyectos productivos, son gestiones que ha realizado por cuenta propia.

Clara es una mujer transgénero muy activa, ha participado de actividades con entidades locales y nacionales como el Centro Nacional de Memoria Histórica, en la Alcaldía, donde ha trabajado en la construcción de la política pública municipal para población LGBTI, también ha participado en espacios de sensibilización con la Policía y el Ejército para el trato

humanizado hacia la población LGBTI, en especial mujeres transgénero; ha estado en espacios de planeación para la implementación de programas de la población víctima y en el desarrollo de acciones y campañas sobre el enfoque diferencial y entornos protectores. Tras todo su proceso no ha logrado apoyo para el cambio de nombre en el documento de identidad y su reconocimiento como mujer transgénero (ver figura 2).

Concepción de la salud mental

Entre sus relatos, las entrevistadas asocian salud mental con su recuperación tras los acontecimientos y los años de silencio; lo relacionan con la reconciliación consigo mismas, con el hecho de reconstruirse como seres humanos, tramitar ese dolor y poder hablar de los hechos sin culpa y con menos malestar; también hay un fuerte asocio con apropiarse de sus sentimientos y no reprimirse es una forma de continuar sanando.

Entre los apoyos fundamentales se refieren la atención psicológica individual, principalmente a la psicoterapia; la cual necesita que esté presente la voluntad de participar, ser consciente de que se necesita ayuda, buscarla y comprometerse con el proceso. Es un proceso que requiere tiempo y superar resistencias propias y barreras externas. En lo que reconocen de este proceso dan gran relevancia al trato en la atención, el cual caracterizan como un trato humanizado y no revictimizante, que facilitó generar el lazo de confianza con el/la psicoterapeuta. Se reconocen además procesos grupales (grupos de apoyo, psicoterapéuticos, psicoeducativos, los encuentros de víctimas, entre otros); e incluso espacios de capacitación y encuentro entre víctimas. Estos espacios permiten logros significativos, como ampliar conocimientos, desarrollar nuevas habilidades, capacidades, bienestar emocional y la reconstrucción de redes de apoyo.

En cuanto al acompañamiento psicosocial lo identifican como parte de la atención integral, es algo que vivencian en espacios individuales y grupales, en la forma en que se brinda orientación y apoyo para la gestión de procedimientos, y en la reivindicación de sus derechos. Destacan

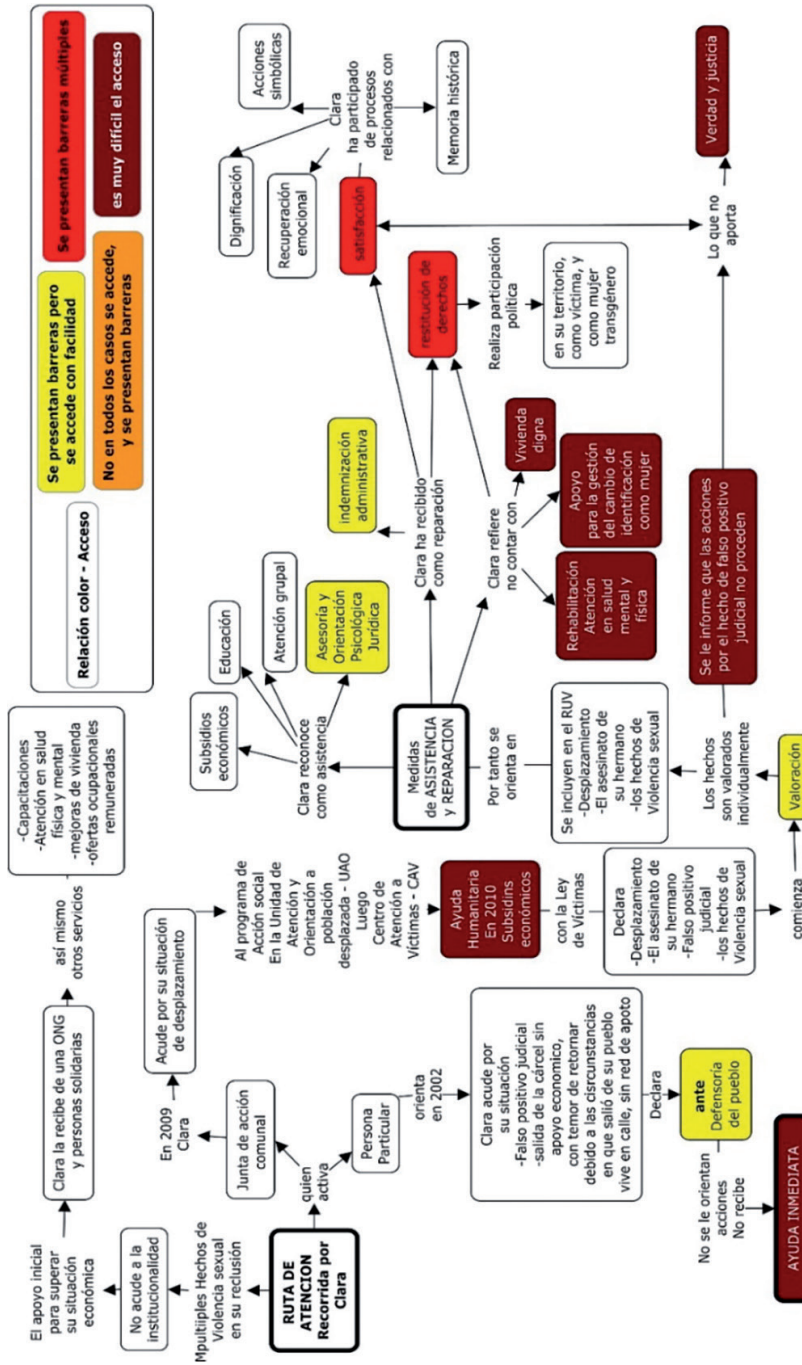


Figura 2. Ruta de atención recorrida por Clara.

los efectos sanadores del trabajo grupal, la organización social, comunitaria, espacios de veeduría, y la participación política, resaltando el posicionamiento público de sus derechos y la movilización social. Igualmente, reconocen la importancia de los procesos de memoria histórica, y la necesidad latente y expresa del derecho a la verdad; en ese sentido son conscientes de la importancia de las acciones públicas de reconocimiento de los hechos y las víctimas. Manifiestan la importancia de rituales y del uso del arte como catalizador, pues las consideran formas que aportar a la salud mental colectiva, y que han sido significativos para la salud mental personal.

Valoración de la ruta de atención recorrida

Luego de su experiencia al transitar la ruta de atención, se refieren aspectos positivos como los avances normativos y la existencia de referentes institucionales que en otrora no estaban, como la Uariv, y mecanismos como el RUV, los cuales permite información unificada a nivel nacional. Es muy importante señalar que, en los dos casos, tanto Manuela como Clara resaltan la deshumanización en el trato para algunos casos; como víctimas y lideresas identifican algunos profesionales e instituciones que les generan confianza por su efectividad y/o por el trato recibido, los cuales refieren para orientar a su comunidad, mientras que hay otras entidades y profesionales que no recomiendan. De manera particular, las actividades y el acompañamiento brindado por el equipo municipal, la Uariv y las organizaciones no gubernamentales han permitido vivenciar otras experiencias positivas que rompen con temores, silencios, astenia y negatividades. Sin embargo, resaltan la voluntad propia de la persona como paso primordial, ya que el acceso a la atención requiere autogestión en la mayoría de los trámites y procedimientos; con esto se reitera la necesidad de una mejor labor por parte de los funcionarios y profesionales, así como de las instituciones como tal.

Discusión

Fallas y barreras que se identifican en la ruta de atención

En el proceso de atención se pueden presentar diversas fallas, algunas corresponden a dificultades estructurales en las entidades preexistentes responsables de los servicios, otras obedecen a disposiciones político-normativas, otras a condiciones materiales, y algunas a la actitud y voluntad de quien brinda la atención o la debe tramitar. Se resaltan asuntos a mejorar, en especial en los procesos gestionados posterior a la Ley de Víctimas, como la necesidad de mayor humanización y dignificación del trato a las personas, pues ello permitiría un acercamiento más ameno, evidenciaría la necesidad de una buena disposición a la escucha, y permitiría reconocer que las víctimas buscan referentes de apoyo efectivos.

Se evidencian en los relatos de las entrevistadas acciones de discriminación, estigmatización y tratos degradantes, entre ello está que el proceso es confuso y desinformador. Hay referencia constante de insuficiencia, administración inadecuada, clientelismo y corrupción en relación con las medidas de subsidios económicos e indemnización. Particularmente, la atención en salud la califican como ineficiente, inadecuada, en la que no se evidencia priorización ni enfoque diferencial; es decir que se presentan muchos obstáculos para acceder a la atención que se requiere. Finalmente, en cuanto al procedimiento de la denuncia es reiterativo el miedo, la desconfianza y las experiencias negativas, aunque reconocen su importancia no solo en el aspecto individual sino colectivo. Teniendo presente las experiencias se identifican diferentes tipos de barreras de acceso a la atención y reparación integral, en los diferentes procedimientos, servicios y entidades del Snariv; reportan fallencias informativas, físicas, económicas, administrativas, de participación, y con frecuencia barreras culturales.

Consecuencias que se presentan por fallas y barreras en la ruta de atención

Las fallas y barreras generan frustración, en ocasiones abandono del proceso, desengaño o desconfianza en el Estado, afectándose el proceso de atención y reparación. La consecuencia que se identifica más fuerte tras las fallas en la atención es la revictimización. En los relatos se nombran situaciones que desencadenaron crisis de ansiedad o depresión, ideación e intentos de suicidio. Sus relatos evidencian que en la atención hay incredulidad, reforzamiento de sentimientos de culpa, sensaciones de humillación, juzgamiento, violación a la intimidad, la repetición incesante de los sucesos, entre otras circunstancias. Así, la omisión en la atención que se presenta en los casos refuerza la huella emocional, y la idea de que tal delito es permitido en la sociedad. Un elemento de complejidad en muchos de los casos victimizantes, en este específicamente la situación de violencia sexual, es reconocer los hechos años después de la vulneración; esto, sumado a los factores negativos recién mencionados, y a la atención inoportuna, genera nuevos sentimientos de dolor y frustración.

Adicionalmente, las víctimas identifican las precarias condiciones y la baja calidad de vida en las que sigue viviendo la población que ha sido víctima de violencia sexual en el marco del conflicto, como una consecuencia de las fallas estructurales que presenta el Snariv, sumado a las barreras para la atención.

Sobre la atención en salud como parte de la atención y reparación integral

Desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como parte del Snariv, se deben desarrollar diversas acciones que permitan la recuperación y tratamiento de la población afectada. Particularmente, son acciones en dirección de la rehabilitación como medida de asistencia y reparación a las personas víctimas de violencia sexual en el conflicto armado. Sin embargo, el sistema de salud en el país no opera adecuadamente; hay un posicionamiento de un modelo de salud basado en el comercio, centrándose en

la enfermedad y el control más que en el ser humano, lo cual, como bien dicen Molina & Ruíz (2014), sustenta la existencia de fallas estructurales y múltiples barreras que no permiten implementar una atención integral tal como se ha diseñado, por ejemplo, en la Ley 1148 de 2011.

Algunas de las fallas y barreras encontradas en la investigación y mencionadas anteriormente, en particular para la atención en salud, concuerdan con aquellas expuestas en el texto *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano*, el cual presenta un análisis de la oferta en salud en Medellín y otras cinco ciudades de Colombia, evidenciando fallas estructurales del SGSS. Entre las fallas más graves se expone una débil e incierta gobernanza en el sistema, relacionada con insuficiencia de talento humano adecuado, injerencia de partidos políticos y prácticas clientelistas, poca efectividad en rectoría, la vigilancia y la veeduría por parte de las instancias encargadas. Igualmente, se presentan limitaciones económicas, la alta prevalencia de enfermedades de carácter social, la desarticulación en el sistema, la falta de políticas que resuelvan precariedades en las condiciones de vida de la población, la discontinuidad en los programas, entre otras. También se explican barreras administrativas, geográficas, económicas y del aseguramiento; y, desde las experiencias de las víctimas, se resaltan las barreras culturales.

Dentro del sistema de salud prevalece una concepción de salud mental en relación con el trastorno y la enfermedad mental, la indispensable institucionalización y medicalización como principales estrategias. Pero debe decirse que, particularmente, Medellín carece de un sistema de salud mental correspondiente con la magnitud de las afectaciones y la cantidad de población víctima residente en la ciudad. Sin embargo, a partir de los resultados se observa que en la ciudad han existido adelantos normativos, programas y estrategias pioneras en el país para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual, y el desarrollo de la atención en salud mental, brindando orientación puntual psicosocial, jurídica y/o médica; hasta acompañamiento psicosocial, y/o psicojurídico en la gestión. Dichas iniciativas en su mayoría son temporales, y obedecen a periodos administrativos

puntuales, por lo que se hace necesario evaluar y sistematizar las experiencias exitosas para asegurar su permanencia y mejora constante.

Igualmente, se requieren acciones que se desarrollen más allá del SGSSS, se precisa una atención integral en salud mental que trascienda el ámbito individual, ello implica diseños y puesta en marcha de estrategias y acciones de promoción y educación en salud mental. Aunque es importante la atención psicológica, debe complementarse con ofertas que permitan incidir en el contexto de vulneración en el que se encuentra la persona; y, en el caso de la población LGBTI, deben crearse apoyos más contundentes para tratar asuntos como el trámite de cambio de identidad y ciertas atenciones en salud relacionadas con el fortalecimiento de su proceso identitario, pues son factores esenciales para su bienestar. En esa misma dirección están los casos de mujeres transgénero indígenas, víctimas de violencia sexual y otros delitos, expulsadas del territorio y de sus comunidades, ellas siguen siendo un reto para la institucionalidad debido a las múltiples vulneraciones, y más aún para la sociedad debido a la naturalización y la persistencia de estigmas y discriminación. Por lo que es indispensable superar dichas fallas estructurales y avanzar en la articulación entre entidades para lograr atención y reparación integrales, que garanticen el goce de los derechos humanos fundamentales.

Conclusiones

Según lo anterior, lo relatado por las participantes indica que vivenciaron múltiples hechos victimizantes, entre ellos distintas modalidades de violencia sexual ejercidas por diferentes actores armados (fuerza pública, guerrillas, paramilitares, bacrim y actores no identificados). Se reafirman en los hechos victimizantes a población LGBTI el ejercicio del poder, la cosificación del cuerpo y el uso que se da de la violencia sexual como medio de expresión. Se evidencia la violencia sexual como violencia del orden de género que contempla afectaciones que sufren las personas que no responden al orden heteronormativo que solo reconoce el binarismo sexual; en el marco

del conflicto, la violencia sexual es un dispositivo estratégico de violencia política y se ha categorizado como crimen de lesa humanidad.

Dado lo anterior, los recursos propios antepuestos pasan por una exacerbación de los mecanismos de defensa psíquicos, así como la búsqueda de atención médica particular, y el ejercicio de participación social y comunitaria; evidenciando acciones de gran resistencia por parte de estas personas. Así, tras sus vivencias conciben la salud mental como la posibilidad de recuperarse tras lo sucedido y tramitar ese dolor; esencialmente asocian la atención en salud mental con los procesos psicoterapéuticos individuales y grupales. En ese mismo sentido, la salud mental es asociada, acertadamente por las entrevistadas, a una atención humanizada, no revictimizante y en la que se apliquen los enfoques de derechos de forma diferencial. Los hechos victimizantes afectan varios aspectos en las personas, sus familias y su comunidad, y caracteriza a las víctimas por pérdida en el sentido de la vida, sus ideales, su identidad y personalidad, haciendo que surjan signos y síntomas psicosomáticos. En lo colectivo se presentan daños morales y socioculturales, exacerbándose las condiciones de vulneración y el sufrimiento implicando acciones revictimizantes.

Así, debemos reconocer que individual y colectivamente la violencia sexual en el conflicto armado es una problemática de salud pública, la cual sigue en aumento y desborda lo que se oferta institucionalmente. Por tanto, se exige desarrollar políticas, programas y estrategias perdurables, dinamizar imaginarios colectivos distintos, y contrarrestar las barreras administrativas y culturales. Por lo cual, se hace indispensable hacer cambios en el sistema de salud en el Snariv que permitan ajustar las fallas estructurales que impiden el acceso a la atención y reparación integral a las víctimas, especialmente en relación con la salud. Para lograrlo sería importante partir de un marco de derechos humanos en contraparte a la visión de lucro y morbicéntrica del sistema de salud actual, y la corrupción e inoperancia de otros organismos. Es importante también partir del reconocimiento a las víctimas, sus derechos y, por supuesto, afirmar y defender el legítimo y fundamental derecho a la salud; esto posibilitaría

tratar los daños generados por el conflicto, no solo en la población directa sino a nivel colectivo y desarrollar un mejor ejercicio de ciudadanía.

A modo de recomendaciones

Luego de lo reflexionado emergen algunas ideas que pueden aportar a mejorar la atención y el abordaje de la violencia sexual en el marco del conflicto como un asunto de salud pública. Entre ellas está la necesidad de posicionar la salud mental como un derecho y un tema prioritario en la agenda pública, incluyendo mejores acciones en la respuesta institucional de promoción y educación en salud mental, implementando la normatividad existente con mayor celeridad, desarrollándola más; a la vez que se promuevan más acciones de movilización.

Es indispensable contar con mecanismos de evaluación y seguimiento de los servicios que se brindan, así como ejecutar las sanciones disciplinarias y consecuencias legales vigentes cuando se incurre en omisiones o acciones inadecuadas –sea en persona natural, funcionario o entidad–.

Para las participantes de esta investigación, algunas estrategias alternativas en la atención de salud mental han sido de gran aporte para su recuperación, se resaltan la participación en su comunidad y liderar en lo social, pues lo ven como mecanismo de recuperación que las beneficia en lo personal y, a su vez, les permite ayudar y orientar a otros y otras. También refieren el trabajo de siembra y cultivo de complementos alimenticios, medicinales o aromáticos, tanto a nivel personal –en sus casas– como a nivel comunitario –en huertas–; y por último destacan y aconsejan la realización de actividades que se pueden desarrollar cotidianamente como caminar, pintar, tejer y escribir se identifican como actividades que aportan al bienestar.

Bibliografía

- Blair, E. (2010) “La política punitiva del cuerpo: economía del castigo o mecánica del sufrimiento en Colombia”. En *Estudios políticos*, (36). (pp. 39-66). Medellín: Universidad de Antioquia.

- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013) *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: CNMH.
- Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. (2015) *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia. Comisión Histórica del conflicto y sus víctimas*. Bogotá: Alto Comisionado para la Paz.
- Congreso de la República de Colombia. (2013) Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*.
- Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas. (2014) *Violencia sexual relacionada con los conflictos*. Informe del Secretario General.
- Corporación AVRE (2008). *Víctimas: sujetos(as) de memoria. Atención en salud mental a víctimas de violencia política*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Gañán, J. L. (2014). "Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica". En *Revista Estudios de Derecho*, Vol. LXXI (157). (pp. 133-155). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Martín-Baró, I. (1993). "El impacto psicosocial de la guerra. Guerra y salud mental". En *El papel del psicólogo*. Vol.56. (pp. 24-39). España: Consejo General de Psicología.
- Mesa de Trabajo: Mujer y Conflicto Armado en Colombia. (2010). *Décimo Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia 2000 - 2010*. Bogotá: Ediciones Ántropos.
- Molina, G., Ramírez, A. & Ruiz, A. (2014) *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: Pulso y letra Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2013) *Salud mental: un estado de bienestar*. Personería de Medellín. (2014). *Informe de rendición de cuentas de la Personería de Medellín. Vigencia 1 de marzo del 2013 al 28 de febrero del 2014*. Medellín.
- Violaciones y otras violencias: Saquen mi cuerpo de la guerra. (2009). *Encuesta de Prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015*. Bogotá.

POR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS LGBTI

Olga Patricia Melo Barbosa; Marta Cabrera

El derecho a la salud es un derecho fundamental reconocido en la Constitución de 1991. En esa dirección, la expedición de la Ley 100 de 1993 reformó el anterior sistema Nacional de Salud, vigente desde 1976, e instauró el sistema general de Seguridad Social en Salud, el cual buscaba concretar los mandatos sobre salud y seguridad social para la población colombiana que están contemplados en el Título 2 de la Constitución Política de 1991:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Por su parte, la Sentencia T-402 de 1992 de la Corte Constitucional señala que la salud debe ser entendida como un derecho fundamental y lo ha protegido por tres vías: i) derecho a la vida, ii) su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección

y iii) su fundamentalidad en lo que respecta a un ámbito básico. En este sentido, el derecho a la salud no puede ser excluyente, pero la realidad social es otra. La evidencia indica que las personas pertenecientes a los sectores LGBTI han experimentado frecuentemente diferentes formas de exclusión de este derecho fundamental.

Un punto clave para este análisis es anotar que ningún sistema debe homogenizar sus servicios, ni siquiera –y mucho menos– el sistema de salud, el cual ha dado muestras de no tener en cuenta las diferencias de las personas y de la población.

En este panorama, algunas personas pertenecientes a los sectores LGBTI integran movimientos sociales que se oponen a las nominaciones hegemónicas: *mujer=vagina=femineidad* y *hombre=falo=masculinidad*, nominaciones que hacen que cualquier evasiva de estas categorías se considere fuera de lo “normal”. Como señala Rodríguez (2011), en el ámbito político estos movimientos han aportado en la producción de cambio social, articulando esquemas capaces de contribuir en la transformación de las estructuras sociales, como consecuencia de la toma de conciencia, de la organización sociopolítica y de la movilización de estos sectores en contra de los sistemas establecidos y en búsqueda de una sociedad de iguales (Rosanvallon, 2012).

Aunque la comunidad LGBTI ha logrado una importante visibilidad en la sociedad colombiana gracias a la gestión de diferentes grupos activistas, los derechos de las lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas siguen siendo vulnerados, y la desigualdad y discriminación se evidencia en ámbitos públicos y privados, siendo uno de ellos el derecho a la salud. Las desigualdades y discriminación han conducido a la implementación de políticas públicas con el fin de ratificar los derechos de dichos sectores. En esa dirección, Medellín estableció en 2011 los Lineamientos de la Política Pública para la Garantía Plena de Derechos a las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas y sobre Orientaciones Sexuales e Identidades de Género, lo cual se realizó por medio del Decreto 19-28, que reglamenta el acuerdo 08 del 3 de mayo de 2011. Tanto el decreto

como el acuerdo mencionado adoptan la política pública para el reconocimiento de la diversidad sexual e identidades de género y para la protección, restablecimiento, atención y la garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales.

El 31 de mayo de 2018 la personería de Medellín se reafirmó ante la comunidad con un comunicado de prensa donde celebra la aprobación de la Política Pública LGBTI a nivel nacional. En el decreto 762 de 2018 afirma que, desde esa entidad, en tanto Agencia del Ministerio Público y en su labor misional de garante, defensora y promotora de los derechos humanos, continuará trabajando para que dicha política se siga gestionando en la ciudad (Personería de Medellín, 2018).

Así mismo, el informe sobre la situación de Derechos Humanos de la Personería de Medellín (2018), expone las acciones y omisiones de las diversas entidades estatales al respecto y su incidencia, positiva o negativa en los derechos de las personas LGBTI. Allí se afirma que, aunque el panorama actual frente a la situación de la población LGBTI para Medellín y para el país en general podría resultar a primera vista positivo y favorable en términos de alcances políticos, regulación normativa y posicionamiento social y cultural, la discriminación y la violencia continúan provocando desplazamientos, violaciones y barreras en el acceso a los derechos; especialmente a las personas transgénero, quienes siguen siendo las mayores víctimas de una sociedad moralizante.

Uno de los problemas que se identifican es la falta de protocolos de salud para la atención a personas de los sectores LGBTI. La Personería es consciente de la importancia de la capacitación constante del personal encargado de la atención médica y hospitalaria, en espacios como EPS, IPS, clínicas y hospitales; es por ello que se ha afirmado en el mismo informe que el derecho fundamental a la salud es uno de los más vulnerados debido al desconocimiento y reproducción de prejuicios frente al tema por parte del personal médico. De igual forma, la Personería hace un llamado de alerta en su informe a la Secretaría de Salud, ya que, si bien es cierto que ha realizado algunos esfuerzos en el proceso de aseguramiento

al Sistema General de Seguridad Social, aún existe un alto porcentaje de mujeres transgénero en ejercicio del trabajo sexual que continúan desafiadas. Esta situación, como otras tantas de vulnerabilidad, se han dado debido a que la metodología empleada para el aseguramiento de esta población no ha sido efectiva por parte de las instituciones médicas y a cargo de la salud en Medellín. Por esta razón, la Personería espera que con las actividades enmarcadas en la política Pública LGBTI y específicamente desde el Centro para la Diversidad Sexual se adelanten otras estrategias para la afiliación de esta población.

Como caso específico queremos mencionar la situación de salud de las mujeres transgénero, la cual es muy grave, ya que el Sistema de Seguridad Social en Salud no contempla las intervenciones quirúrgicas y hormonales que estas necesitan para transformar sus cuerpos; y el criterio para rechazar la prestación de estos servicios se debe a que los sistemas de salud las consideran estéticas o suntuarias. Vale decir que algunas mujeres transgénero han podido acceder a dichos servicios de salud gracias a que han ganado batallas legales con el mecanismo de la tutela, logrando acceder al derecho de una prestación de servicio de salud más integral de acuerdo con sus necesidades básicas. El Artículo 7 del Acuerdo 029 del 30 de diciembre de 2011, emitido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, mediante el cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud del Régimen de salud, establece como obligación de la EPS garantizar a los afiliados el acceso efectivo al derecho a la salud, a través de la prestación de las tecnologías en Salud incluidas en el POS. No obstante, el mismo acuerdo establece los criterios generales para las exclusiones explícitas de servicios del Plan Obligatorio de Salud, los cuales se fundamentan en el hecho de que dichos servicios no contribuyen de forma idónea al mejoramiento de la salud del usuario, bajo los parámetros de las guías y protocolos médicos correspondientes. Así, el Artículo 6 del Acuerdo en mención señala como criterios generales para exclusiones explícitas en el POS las siguientes:

1. La tecnología en salud considerada como cosmética, estética, suntuaria o de embellecimiento. 2. La tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectiva, o que no haya sido reconocida por las autoridades nacionales competentes. (Comisión Reguladora en Salud, 2011)

Por otra parte, el informe *Situación de Derechos Humanos de la población LGBT (2010)*, presentado al Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas por Colombia Diversa⁵, señala que, aunque la Constitución y las Leyes garantizan los derechos plenos, estos han sido violados en muchas ocasiones en el caso de estos sectores dada la discriminación de la que han sido objeto. En este informe se aborda el tema de la discriminación y la inexistencia de sistemas de información relativos a los Derechos Humanos de esta población, y particularmente el derecho a la vida, derecho a la integridad personal, derecho al debido proceso, derecho a la libertad de opinión y expresión. Por ejemplo, en el “Artículo 3. Igualdad entre hombres y mujeres”, está el literal A, “Agresiones en contra de mujeres lesbianas”. Sobre esto Colombia Diversa informa que

se pudo establecer que las mujeres lesbianas sienten temor al reconocer su orientación sexual ante los profesionales de la salud y el personal administrativo de las EPS. La desinformación que de esto se deriva hace que no reciban una atención médica acorde con sus necesidades.

Muchos de los derechos de las personas pertenecientes a los sectores LGBTI han sido violados por acción o por omisión. Colombia Diversa pudo establecer, por ejemplo, que en las alcaldías de las capitales

5 Colombia Diversa es una organización no gubernamental que trabaja en favor de los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas (personas LGBT) en Colombia cuya misión es promover la plena inclusión, el respeto de la integralidad de los derechos, el reconocimiento y la movilización de las personas LGBT en los ámbitos económico, social, político y cultural, con el fin de coadyuvar en la construcción de una sociedad democrática, moderna y con justicia social.

departamentales del país existen dificultades para desarrollar una política pública LGBTI argumentando inclusión genérica de comunidades minoritarias y programas en salud sobre VIH/SIDA con enfoque diferencial a la población LGBTI. Esto es muy preocupante ya que esto evidencia que tanto en las entidades de salud como en los sectores mismos LGBTI existe mucha desinformación en relación con las Infecciones de Transmisión Sexual, ITS; especialmente, como dice Benson (2005), a las ITS relacionadas a entre mujeres, y/o a mujeres que tienen sexo con mujeres y que han tenido sexo con hombres. Esto se da debido a que un sector de las mujeres lesbianas y bisexuales no son conscientes de esto, ya que las creencias indican que las ITS solo se transmiten de hombres a mujeres en las relaciones heterosexuales o que son patrimonio exclusivo de los hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, esto es difícil de dimensionar ya que no existen datos estadísticos que caractericen el tipo de ITS por el que consultan las mujeres lesbianas y bisexuales y menos las personas transgénero; sectores de la población particularmente marginados⁶. Por otra parte, como analizan Estrada & García (2012), en las mujeres transgénero en situación de trabajo sexual se presentan otro tipo de tensiones e individualidades que no se pueden tratar como las relaciones tradicionales. Para esta comunidad deben existir intervenciones, lineamientos y protocolos específicos de atención en salud y que deberían ser el resultado del trabajo de todos los actores desde la Política Pública. (UNFPA, Ministerio de la Protección Social, 2011).

6 Denominación que alude a procesos cotidianos de construcción de identidad y a formas particulares de autorreconocimiento (García, 2009). En este sentido, se trata más de categorías prácticas de reconocimiento que de categorías rígidas para el análisis científico o de taxonomías que surgen exclusivamente de las instituciones de poder que patologizan, definen y clasifican la diferencia. Jack Halberstam, por su parte, las denomina “taxonomías inmediatas”, “clasificaciones del deseo, del físico y de la subjetividad”, que se realizan “con el fin de intervenir en el proceso hegemónico de nombrar y de definir (Halberstam, 2008).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha reconocido la importancia de los servicios de salud para garantizar la salud de naciones y sus comunidades diversas, además afirma que los centros de salud y clínicas que atienden a la comunidad LGBTI deben estar preparados para tratar a estas personas en un ambiente seguro, de apoyo y terapéutico. Como se dijo en *El Tiempo* (2013), la mala atención al sector LGBTI se da, en parte, por ignorancia, por burocracia, o por la homofobia presente en los servicios de atención en salud; estos no han sido suficientemente sensibles a las necesidades e individualidades de la población LGBTI, lo cual es una actitud que propicia que estas personas hayan sido, hasta hoy en día, víctimas de burlas y tratadas como animales de circo cuando hacen uso de los servicios de salud. Las empresas e instituciones prestadoras del servicio de salud no tienen protocolos para atender a esta población: no existe papelería ni documentación específica para prestar servicios de calidad y efectividad a esta población y a sus necesidades específicas, tampoco hay capacitación al personal sobre la atención diferencial con enfoque de Derechos Humanos y de género. En sus raíces, todos los obstáculos para la atención y el apoyo comparten el contexto de exclusión social y estigma que es la realidad cotidiana de las comunidades LGBTI (Caracol Radio, 2009). Este contexto de exclusión, burocracia, injusticia social y estigma aumenta, por el marco de desinformación e invisibilización que genera, el riesgo de contagios de ITS y la aparición de otras enfermedades como el cáncer de cuello uterino o de mama por no contar con servicios de salud más cercanos a las necesidades de las personas de estos sectores. De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud (2011) expone que las personas trans se enfrentan a altos niveles de transfobia en la forma de discriminación, estigmatización y violencia, y esto se da en todos los escenarios de la sociedad incluido el sistema de salud.

Esta situación crea obstáculos en el acceso a los servicios de salud, como lo que experimentan, por ejemplo, los hombres transexuales al solicitar citas para citologías en su Institución Prestadora de Salud con su nombre identitario, lo que termina por hacerles desistir de solicitar estos

servicios⁷. La literatura al respecto es abundante y ha tocado temas centrales que deben ser atendidos para una transformación estructural. Un ejemplo es Urban (2011), quien analiza y señala que los hombres transgénero tienen alto riesgo de contraer enfermedades como cáncer de ovario, carcinoma de vagina, cáncer uterino y carcinoma cervical como consecuencia del tratamiento hormonal (testosterona); por lo que se debe contar con vigilancia en salud de género dado que el riesgo para estos pacientes es alto, pues en muchos casos se presenta un uso no autorizado y sin control médico de hormonas.

Por su parte, las mujeres transexuales tampoco cuentan con servicios de salud acordes a sus necesidades de cambios físicos, que no son encasillables en criterios estéticos. Sin embargo, el afán por lograr una apariencia física que corresponda con su identidad de género hace que estas personas acudan a procedimientos domésticos como inyecciones de silicón líquido en los tejidos blandos para moldear nalgas, piernas, labios o mejillas:

La práctica de inyectar silicona industrial (dimetilpolisiloxano) o aceites de parafina directamente al tejido celular subcutáneo o los pómulos puede tener graves consecuencias médicas. Entre los efectos más severos puede sobrevenir una embolia pulmonar, con consecuencias fatales en alrededor del 25% de todas las personas afectada. (OPS, 2011, p. 35).

Otra situación ya anunciada anteriormente es el uso de hormonas feminizantes, ya que estas tienen efectos colaterales, tales como una enfermedad tromboembólica, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión o desarrollo de tumores. Todos estos procedimientos se deberían hacer bajo la asesoría de profesionales en salud, sin embargo, las mujeres y los

7 Para Jack Halberstam la masculinidad no se puede reducir al cuerpo del hombre y a sus efectos, por lo que es necesario reconocer que existen masculinidades alternativas. En este caso, trans es un adjetivo utilizado para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer (OPS, 2011)

hombres transgénero no acuden a servicios de salud por miedo a la transfobia, y prefieren hacer sus respectivos tratamientos sin control médico. Aunque también existen quienes intentan ejercer su derecho a la salud, nunca son atendidos de forma adecuada ni son tendidas sus necesidades, por lo que deben interponer frecuentemente tutelas para que el sistema cubra algunos de los procedimientos.

En suma, el derecho a la salud tanto en Medellín como en el país sigue siendo uno de los más vulnerados para los sectores LGBTI, específicamente desde el enfoque diferencial requerido para la atención de sus necesidades particulares. Por lo general, los procesos de tránsito y la atención derivada de malas prácticas relacionadas con este tema siguen siendo negadas en primera instancia, debiendo ser exigidas mediante acciones de tutela. Esto es grave para la salud de las personas LGBTI, y particularmente para las mujeres transgénero en ejercicio del trabajo sexual, ya que la mayoría de esta población no cuenta con los conocimientos técnicos para entablar una acción de tutela. Para terminar, vale decir que, en suma, la política pública tiene como fin entender a las personas de los sectores LGBTI como sujetos de derechos –derecho a la igualdad, a la no discriminación, a gozar de servicios asistenciales acordes a sus necesidades–. Pero este objetivo no es posible si desde la sociedad no se fomenta un trato más humano y no discriminatorio, si en cuanto a los sistemas de salud no se promueve una atención diferenciada, que reconozca el respeto y el cuidado de las singularidades de estas personas. Lo que quiere decir que la política pública de los sectores LGBTI es un eslabón importante de una cadena, sin embargo, este debe sumarse a eslabones mayores relacionados a otros factores culturales, educativos, sociales, político, entre otros.

Bibliografía

- Benson, P. (2005) “ Bacterial Sexually Transmitted Infections In Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents: Medical and Public Health Perspective”. En *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*. (pp.181-191). Ámsterdam: Elsevier Inc.
- Caracol Radio. (2009). “Distrito denuncia discriminación total de travestis en Bogotá”.

- Estrada, J. & García, A. (2012). "Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/SIDA en Mujeres Transgénero en Colombia". En *Gerencia Política y salud*. (pp. 90-102). Bogotá: Ed. Pontificia Universidad Javeriana.
- García, A. (2009). "Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género". En *Revista Colombiana de Antropología*. Vol.45. Bogotá: Instituto colombiano de Antropología e Historia.
- Halberstam, J. (2008). *Masculinidad Femenina*. Madrid: Editorial Egales.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía de prevención IH/SIDA Mujeres Trans. *Personas Distintas Derechos Iguales*. Informe UNFPA.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe.
- Organización Panamericana de Salud. (2011). *Por La Salud de Las Personas Trans-Version Digital. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*.
- Personería de Medellín. (mayo de 2018). *Celebramos la aprobación de la política pública LGBT a nivel nacional*.
- Personería de Medellín. (2018). *Informe sobre la situación de Derechos Humanos en la ciudad de Medellín. Vigencia 2018. Línea 3: Género y diversidad*.
- Redacción Cartagena. (febrero 19 de 2013). Transexuales de Cartagena reclaman respeto en centros de salud. Líderes de la comunidad LGBT dicen que son víctimas de burlas en puestos de salud. *El Tiempo*.
- Rodríguez, M. (2011). "La crisis de los paradigmas del cambio". En Rosanvallon, P. *La sociedad de iguales*. (pp.21-38) Buenos Aires: Manantial.
- Rosanvallon, P. (2012). *La sociedad de iguales*. Buenos Aires: Manantial.
- Urban, R. (2011). "Gynecologic malignancies in female-to-male transgender". En *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 204(5). (pp. 9-12). Estados Unidos: Elsevier.

LA ESTIGMATIZACIÓN DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS Y LA VULNERACIÓN DE SUS DERECHOS FUNDAMENTALES

Andrés Felipe Tirado Otálvaro

Introducción

Un estigma hace referencia a un atributo considerado frecuentemente como negativo y que evidencia diferencias entre las personas, a partir de las cuales el sujeto que posee dicho atributo, es menospreciado por su condición (Goffman, 2006). El concepto de estigma se utiliza para definir diferentes situaciones vergonzosas según los términos que para una comunidad son tolerables o no, de acuerdo con el conjunto de normas y valores aceptados por una sociedad; y, como señala la Organización de los Estados Americanos (2013), es así que las personas que usan drogas al ser estigmatizadas terminan siendo rechazadas socialmente.

El estigma es el resultado de un proceso que involucra cinco componentes interrelacionados entre sí. Para esta aclaración retomo a Link & Phelan (2006), quienes ayudan a comprender claramente estos componentes. En primer lugar hay un etiquetamiento de las personas debido a sus diferencias; en el segundo, la persona etiquetada es estereotipada de acuerdo con características indeseables; en el tercero hay una separación

entre las personas que han sido etiquetadas y el resto de la población; en el cuarto, debido al etiquetamiento como drogadicto o enfermo, se pierde la condición de sujeto y aparece la discriminación, la devaluación, el rechazo y la exclusión; y, por último, en el quinto componente se involucra el ejercicio del poder. Estos componentes dejan dos tipos de marcas: el estigma público y la autoestigmatización. En la primera se presenta la transmisión y asimilación de estereotipos negativos por parte de la sociedad en general sobre un grupo social en particular; mientras que en la segunda hay una aceptación de dichos estereotipos por parte del grupo estigmatizado, lo que afecta su interacción con los demás (París, Pérez & Medrano, 2009). El estigma como proceso de devaluación va en contra de la idea de dignidad, debido a la humillación que genera y las ideas degradantes entorno a él; a pesar de ello, las políticas normalmente trabajan sobre supuestos estereotipados que interpretan que quienes consumen drogas viven en la pobreza, al tiempo que se les culpa de sus propias desventuras ya que se asume que son irresponsables, indiferentes a su salud, deshonestos, indignos e incluso criminales (Instituto Nacional de Derechos Humanos & Naciones Unidas, 2013).

Desde el panorama planteado, este texto expone cómo la estigmatización de las personas que usan drogas vulnera la garantía de sus derechos fundamentales, en especial, el derecho a la salud. Para hacerlo se abordará el fenómeno en cuestión desde diferentes perspectivas, desde la visión propia de las personas que usan drogas, desde los trabajadores de la salud y desde las políticas públicas.

Autoestigmatización y afectación al derecho a la salud

La autoestigmatización se refleja en los individuos como el estigma internalizado, el cual se produce como el resultado directo de la estigmatización pública y social; esto se da debido a que el sujeto consumidor se hace consciente de dicho estigma, lo asimila y lo aplica para sí mismo.

Siguiendo a Felicissimo *et al* (2013), se puede decir, entonces, que cuando una relación social se convierte en una relación simbólica esta termina por encarnarse en el sujeto. Lo anterior significa que, en el proceso de formación de un estigma social, los atributos negativos conferidos a ciertas conductas por parte del grupo dominante son interiorizados por quienes son estigmatizados; lo que en la praxis se refleja en acciones de ocultamiento para evitar la vergüenza pública y la discriminación (Oliveira & Ronzani, 2012).

En tal sentido, el estigma internalizado es un proceso subjetivo que ocurre cuando un grupo estigmatizado aplica a sí mismo los prejuicios asociados a su condición por parte del grupo estigmatizante. A partir de allí, como dicen Ferreira, Silveira, Noto & Ronzani (2014), se pueden anticipar las acciones de rechazo y devaluación, con el objetivo de desarrollar estrategias de prevención, como el ocultamiento de su condición o la evitación de las interacciones con los demás a través del enmascaramiento (Goffman, 2006). Así pues, las personas que usan drogas frecuentemente se esconden para evitar la estigmatización y su consecuente pérdida de estatus como individuo, debido a las etiquetas peyorativas que reciben, producto de una conducta, que es juzgada socialmente como indeseable. Es por esto que la exclusión se convierte en un lugar de exilio, con una lógica y una racionalidad propia, que hace parte de los bastidores simbólicos que albergan una vida social paralela, en la cual es posible reproducir comportamientos que, de ser desarrollados en otro lugar, serían objeto de control social (Fernández, 2000). Lo anterior se da ya que la construcción que la sociedad ha edificado respecto al consumo, impide que esta población pueda participar como individuos activos de la misma, sin que sean estigmatizados (Llinares & Lloret, 2010).

La autoexclusión, producto del estigma internalizado, tiene un impacto negativo en diversos aspectos sociales como el trabajo, el hogar, la espiritualidad y las relaciones interpersonales; lo que genera serias consecuencias como la pérdida de la identidad, la esperanza, la autoeficacia y la autoestima (Felicissimo *et al*, 2013; Ronzani, Noto & Silveira, 2015). En

la práctica, la invisibilización y la autoexclusión de las personas que usan drogas afecta su derecho fundamental a la salud, no solo porque los hace indetectables para el sistema, en lo que tiene que ver con los procesos de inducción de la demanda en la atención; sino también porque hace que estas personas por temor a ser estigmatizados, recriminados o ser víctimas de malos tratos por parte del personal asistencial debido a su condición, no accedan a los servicios de salud. Situación congruente con lo reportado por diversos investigadores que han trabajado ampliamente la estigmatización de los usuarios de sustancias (Ferreira *et al*, 2014; Oliveira & Ronzani, 2012; Paiva *et al*, 2014; Soares *et al*, 2011).

Los llamados TUS –trastornos por uso de sustancias– son una de las condiciones más estigmatizadas a nivel mundial, como dicen Van Boekel *et al* (2013), incluso por encima de enfermedades como el SIDA, la depresión, la lepra o la esquizofrenia (Ronzani, Higgins-Biddle & Furtado, 2009). En consideración con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud se pronunció en el año 2005, advirtiendo que la estigmatización favorece la exclusión y las brechas para el acceso a la salud (Acuña & Bolis, 2005). Esta situación podría tener explicación en el distanciamiento social producto del estigma, ya que este genera dificultades para la atención en salud; además, como anotó en 2014 la fundación Transform Drug Policy, también puede producir un retraso en la búsqueda de tratamiento incluso para los sujetos que están motivados en hacerlo, lo que agrava los problemas de salud que pudieran presentar las personas que quieren buscar ayuda (Ronzani *et al*, 2015).

El estigma desde los profesionales de la salud

El significado que se le da al consumo desde el imaginario colectivo, las categorías morales que se le asignan a dicha práctica y el poder aparecen nuevamente en el escenario de esta discusión, pero esta vez en la práctica clínica. Según los reportes de la literatura científica al respecto, es claro que, a pesar de la formación teórica y práctica de los profesionales

de la salud con personas que usan drogas, siguen siendo frecuentes los comportamientos estigmatizantes, coercitivos y autoritarios hacia a esta población; esto refleja que no hay un cuestionamiento, por parte de los profesionales, acerca de los saberes, los comportamientos y las prácticas que tienen ciertos sujetos frente al consumo (Soares *et al*, 2011). En el campo de la salud es común que el personal no profundice en la problemática de los usuarios de drogas y se les clasifique de acuerdo con las etiquetas y estereotipos sociales construidos respecto a su condición; lo que se traduce en una atención inadecuada, que puede agravar su condición de salud (Matos de Andrade & Mota, 2006).

En consideración con lo anterior, la evidencia reporta que el personal asistencial manifiesta dificultades y preocupaciones para atender a las personas que usan drogas, pues consideran que trabajar con este tipo de sujetos es más complejo que hacerlo con otro tipo de pacientes ya que los consideran desafiantes, estresantes y difíciles de manejar (Ronzani *et al*, 2009; Van Boekel *et al*, 2013; Van Boekel *et al*, 2014). Dicha situación obedece según a la concepción moral que dichos trabajadores tienen respecto al fenómeno, ya que ven en el consumo una condición indeseable y negativa, lo que repercute en la manera como dicha población es atendida (Paiva *et al*, 2014).

En una investigación realizada en Colombia por Tirado *et al* (2019) se encontró que los profesionales de la salud se sienten frustrados con su labor y con respecto al logro del objetivo primordial buscado, la abstinencia total, ya que los usuarios de drogas presentan múltiples recaídas y ingresos al sistema debido al escaso compromiso que tienen frente a su recuperación. Esta situación se manifiesta en la práctica en comportamientos represivos, disuasivos o autoritarios por parte de los funcionarios de salud hacia a la población consumidora; lamentablemente es una actitud que se da sin un análisis situacional profundo acerca de las condiciones que atraviesan las personas en el consumo, debido a que frecuentemente se centra la atención en las drogas y no en los sujetos. Así pues, la limitada interpretación del fenómeno como un asunto clínico

y no como un fenómeno social, se traduce en una praxis que resulta no solo insuficiente para abordarlo; sino, además, como dice Becoña (2016), perjudicial para los usuarios de dichas sustancias. En la medida en que el terapeuta se sitúe en una mirada que condene a los sujetos por sus prácticas y trate de redireccionarlas a cualquier precio, no hará más que reproducir el imaginario estigmatizado que se tiene a nivel social acerca de las personas que usan drogas, como enfermos mentales que requieren atención (Lobos, 2012; Paiva *et al*, 2014).

El consumo de drogas y de manera particular los TUS, al ser considerados una señal de ciertos rasgos objetables de la personalidad o como el producto de un estilo de vida disoluto, favorece que los discursos y las políticas de intervención dominantes se enmarquen en el paradigma abstencionista. Esto niega cualquier tipo de posibilidad a todo aquello que tiene que ver con la gestión responsable del consumo, o los usos no problemáticos (Faura & García, 2013). A este panorama se suma otro factor: la no-abstinencia es considerada como un fracaso; no solo desde el logro de dicho indicador, sino también desde la consecución de objetivos intermedios como la prevención de enfermedades infectocontagiosas (Marco & Boguña, 2000). Es por esto que aún es frecuente que en los programas de rehabilitación que se desarrollan, tanto en instituciones gubernamentales como no gubernamentales, se responsabilice de sus condición a las personas que tienen un uso problemático de drogas, al considerar, como señala París (2009), que su situación obedece a “defectos de carácter”. Vale decir que dichos servicios normalmente tienen como uno de sus objetivos mitigar el estigma social y la discriminación contra los usuarios de sustancias, sin embargo, rara vez pueden cumplir a cabalidad dicho propósito debido a que la política que guía su accionar tiene una base represiva (Lobos, 2012).

Así pues, el estigma social deja de ser un asunto general y se instituye también en los profesionales de la salud, con el agravante de que justamente el personal asistencial tiende a culpabilizar a los sujetos de su condición, como señalan da Silveira *et al* (2011), y a responsabilizarlos de

sus males al considerar que el consumo no solo es una decisión individual sino una cuestión moral. En tal sentido, la literatura especializada reporta que el estigma es uno de los factores que influye negativamente en el proceso de búsqueda terapéutica y rehabilitación, lo que contribuye significativamente al sufrimiento individual y colectivo, e interfiere con el uso oportuno de los servicios de salud (Pedersen, 2009). Esta interferencia se da de manera tal que las personas que usan drogas no asisten a los servicios médicos debido a la atribución moral que los profesionales de salud dan a su condición, además debido a las acciones de acusación y culpabilización de las que son víctimas, por la percepción que se tiene en el gremio de la salud acerca del consumo (Paiva *et al*, 2014). Los anteriores son factores que generan distanciamiento social, discriminación y barreras para acceder a su derecho fundamental a la salud (Soares *et al*, 2011).

En este punto cabe resaltar el desarrollo del recurso humano que trabaja en el ámbito de la prevención y el tratamiento en drogodependencias; ya que la oferta de formación no se corresponde con la calidad de sus contenidos. Esta falencia se da debido no solo a la heterogeneidad de instituciones y escuelas epistemológicas, sino a la utilización de diversos métodos y tipos de diseños para acercarse al fenómeno de estudio (Díaz, 2000). Por otra parte, las lagunas teóricas de muchos programas y la poca relevancia de los contenidos ofertados, al igual que la amplia oferta terapéutica para los trastornos relacionados con sustancias y la extensa literatura científica al respecto, dificulta la toma de decisiones. Como señala Mino (2000), mientras que algunos tratamientos solo están planteados de manera hipotética, otros no han sido validados de una manera clara y definitiva, con el agravante de que actualmente, aún falta por definir de manera precisa las bases teóricas de los programas de intervención, debido a las múltiples discrepancias conceptuales entre investigadores, administradores y profesionales (Salvador-Llivina & Martínez, 2000).

La falta de solidez en las bases de los programas de apoyo contribuye a que los profesionales sanitarios sientan que no tienen ni el entrenamiento, ni las competencias suficientes para atender a las personas con un uso

problemático de sustancias (Kelleher & Cotter, 2009; Van Boekel *et al*, 2014). Situación que deriva en las fallas de atención, en prácticas recriminatorias por parte del personal de salud hacia las personas que usan drogas, al igual que el empleo del miedo y la culpa como estrategias de disuasión y control, esto, como dice Tirado *et al* (2019), retrasa la búsqueda de tratamiento y dificulta la alianza terapéutica, debido al temor que sienten los consumidores de ser juzgados por parte de del personal de salud (Geffner *et al*, 2017).

Siguiendo a Paiva *et al* (2014) y a Ronzani *et al* (2015), puede decirse que ver a los usuarios de drogas como peligrosos o violentos interfiere directamente en el cuidado de estos sujetos y afecta negativamente en la calidad de los servicios que se ofertan para dicha población. Además, el sentimiento de vergüenza de los drogodependientes contribuye a que sientan temor de acercarse a las instituciones públicas y buscar el apoyo que necesitan, ya sea para reclamar sus derechos o para acceder a los servicios de salud como cualquier ciudadano independientemente de su condición (Campo, Oviedo & Herazo, 2014). En esta misma dirección y por los mismos factores se ve afectada la posibilidad de un diagnóstico oportuno de comorbilidades asociadas al consumo, profundizando la situación social de desventaja de estas personas y aumentando las barreras de accesibilidad a la atención en salud (Vásquez, 2009). Es por ello que Oliveira *et al* (2012), concluyen que la estigmatización puede ser más perjudicial que la propia enfermedad, en tanto contribuye a la pérdida de la calidad de vida de estas personas.

De manera particular, las personas que usan drogas y que por su condición son más vulnerables (pacientes con VIH, habitantes de calle, mujeres, población con orientación sexual diversa y quienes viven en condiciones de miseria, entre otros) tienen múltiples barreras de acceso que afectan su derecho constitucional a la salud, pues en muchas oportunidades no cuentan con la documentación y/o registro necesario para ser atendidos. Este es un motivo por el cual les niegan los servicios, les exigen pagarlos de manera particular; o, lo que es peor, son rechazados,

discriminados y excluidos por los trabajadores de salud debido a su condición (Uprimny *et al*, 2014). Entre las barreras que afectan el derecho a la salud de las personas que consumen drogas reportadas en Colombia se destaca el hecho que algunas Entidades Promotoras de Salud, EPS, aun se resisten a cubrir programas de rehabilitación que pueden ser largos y costosos, obligando a los usuarios a valerse de diferentes mecanismos legales para amparar sus derechos. Por otro lado, también está el factor burocrático, ya que los exagerados trámites administrativos para acceder a dichos servicios no solo resultan desgastantes, sino que también desmotivan e impiden el acceso, ya que por falta de pronta respuesta y efectividad, los usuarios desisten o deciden asumir los costos por cuenta propia. Esto redundaría en que las personas se vean obligadas a acudir a servicios de baja calidad y con mayores probabilidades de ser vulnerado y ver afectada su integridad y sus derechos (Uprimny *et al*, 2014).

Lo anterior conduce la discusión hacia los resultados obtenidos tras décadas de políticas represivas y prohibicionistas en las cuales, de una u otra manera, se ha trazado el camino de la intervención desde el punto de vista asistencial. Según el informe presentado en el año 2011 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT, existe un alto grado de exclusión social contra las personas que han iniciado tratamiento, debido a la discriminación de la que son víctimas por la condición derivada del etiquetamiento como “drogadictos” o “ex adictos” (Saiz, 2008). Situación que agrava las condiciones de estos sujetos, en especial cuando en el abordaje terapéutico ofrecido por algunas instituciones siguen siendo frecuentes medidas como el encierro, el aislamiento y la culpa (Forero, 2009). En el mismo repertorio de acciones perjudiciales está la imposición de sanciones para quienes desobedecen, incumplen o rechazan alguna de las disposiciones establecidas dentro de la normatividad propia de cada institución; como los castigos vergonzosos (aseo obligatorio de sanitarios, corte de pelo, baño o rasurado, exhibición y uso de lenguaje despectivo en las reuniones de autoayuda); además del uso de otro tipo de medidas represivas como el traslado a otros centros de atención sin consentimiento

previo, la retención en contra de su voluntad y el cambio de dormitorio. Como bien señalan Amador & Cortes (2016), París *et al* 2009 y Llord (2013), todas estas acciones desvalorizan la condición humana, favorecen el estigma y la discriminación hacia esta población e inciden no solo en el acceso que esta población pueda tener a los beneficios sociales, a los cuales como ciudadanos tienen derecho, sino también en su calidad de vida y en los indicadores de resultado del tratamiento.

Sumado a lo anterior, es claro que existen otras barreras como falta de infraestructura física, relación desfavorable entre la inversión que se hace en oferta y demanda, así como carencia de servicios especializados en la atención de esta población a nivel preventivo y hospitalario (Vásquez, 2009). El costo que implica tratar una adicción, debido a las múltiples recaídas y a la poca efectividad en términos de abstinencia total, así como el hecho de que las adicciones no sean consideradas como una enfermedad prioritaria, no permiten garantizar una atención integral en salud, motivo por el cual los profesionales sanitarios tienen que mentir al sistema solicitando exámenes o interconsultas sin especificar la condición de consumo del paciente, pues identificar el diagnóstico de TUS podría significar demoras para su atención. Esto se da debido a que no es fácil que se aprueben intervenciones para la población con diagnósticos por drogodependencia (Tirado *et al*, 2019).

Según la ONU (1966), hay derechos fundamentales que no deberían ser vulnerados bajo ninguna circunstancia, sin embargo, para seguir en la misma dirección de lo que he señalado, debe decirse que otros derechos que ven vulnerados las personas que usan drogas son el derecho a no ser sometido a trabajo forzoso, ya que en algunos centros de tratamiento esta es una estrategia utilizada como elemento “terapéutico”, que coacciona a los pacientes para que trabajen vendiendo dulces o galletas para poder cubrir con esto el costo de sus tratamientos sin recibir una remuneración a cambio. Adicional a esto, también es frecuente que se vulnere su derecho al consentimiento informado, pues en múltiples oportunidades las personas que usan drogas son encerradas para recibir tratamientos

obligatorios, sin que necesariamente hayan pruebas empíricas que demuestren la efectividad de ciertas terapias (Colectivo de Estudios Droga y Derechos, 2014). Del mismo modo el hecho que estos sujetos sean sometidos a ayuno, agresiones físicas y sexuales y a tratos humillantes en centros de tratamiento viola su derecho a no ser sometido a torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Las personas que usan drogas frecuentemente ven vulnerados sus derechos humanos, ya que el estigma social que trae consigo el consumo hace que estos sujetos sean discriminados no solo en sus comunidades, sino también en sus lugares de trabajo; situación que va en contra del derecho a no ser objeto de discriminación. Lo anterior adquiere una enorme importancia en términos de salud pública y justicia social, ya que la discriminación y la exclusión a la que se ven sometidas las personas que usan drogas, al ser etiquetadas como enfermos o como delincuentes, limita sus posibilidades de acceder a derechos fundamentales como la salud, la educación y el trabajo (Vásquez, 2009; Link & Phelan, 2006). Bajo este panorama, la garantía de los derechos de las personas que usan drogas se complejiza. La confusión de conceptos, las discrepancias en la evidencia científica acerca de la efectividad de los diferentes modelos de tratamiento y prevención, la barreras de acceso a la atención médica, el estigma que se tiene frente a esta población, la escasa formación de los profesionales de la salud en el asunto; sumado al hecho de que la atención integral para los TUS no esté lo suficientemente clara en la política nacional en términos de la actuación por parte de los diferentes actores del Sistema, hace que la prestación del servicio se diluya en la práctica. Titado *et al* (2019) dirán que la suma de todos estos factores es la razón por la cual se ven consecuencias negativas y afectación al derecho fundamental a la salud para las personas consumidoras de drogas.

Siguiendo el llamado Valderrama & Grazianni (2011), es preciso tener la claridad conceptual que ayude a dirimir las inconsistencias en el más alto nivel de toma de decisiones para determinar la diferenciación entre las sustancias, sus múltiples usos y las maneras como los sujetos se

relacionan con ellas (Jelsma, 2008). Así se permitirá mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales respecto a los usuarios de drogas, con el objetivo que estos no se sientan estigmatizados y sean invisibles para el sistema. Con esto se hace necesario establecer un consenso respecto a los términos que habitualmente se manejan en el ámbito de las drogas, soportado en modelos teóricos basados en la evidencia científica y la práctica en terreno, motivo por el cual es preciso profundizar en el fortalecimiento de la investigación del asunto (Salvador & Martínez, 2000).

Políticas públicas y afectación de los derechos de las personas que usan drogas

En lo relativo al tema de derechos de las personas que consumen drogas, es preciso recordar que el fenómeno, más allá de lo psico-bio-social, se trata de un tema de libertades fundamentales (Parés, 2013). Pues, a pesar de que en los principios rectores de la Política actual de Colombia se plantea el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales, es claro que el discurso internacional sobre el control de las drogas opaca la garantía de los derechos de los usuarios de dichas sustancias. Esto se da, como señalan Amador & Cortés, (2016), debido a la escasa mención de estos temas en los tratados internacionales, respecto al marcado interés que se pone sobre asuntos como la represión de la oferta. Para entender la idea del discurso internacional deben mencionarse, por ejemplo, la Carta de las Naciones Unidas, el Derecho Internacional y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Desde la postura oficial colombiana, “el problema de la droga” es interpretado como uno de los peligros más graves a los que se enfrenta la sociedad; situación que encarna en sí misma un conflicto respecto a los presupuestos de un Estado de Derecho. La razón es que la invasión en la individualidad promovida desde el enfoque prohibicionista, ha permitido que se aprueben normas que vulneran las garantías jurídicas

fundamentales (Valderrama & Grazianni, 2011). Lo anterior se refleja en las continuas violaciones a los derechos de las personas que consumen drogas, contenidas en los tratados internacionales como son el derecho a la salud, a la libertad y a la seguridad jurídica; los consumidores son sujetos frecuentemente a abusos y maltratos por parte de trabajadores del sistema judicial y del penitenciario. Esta es una situación de la que no escapa Colombia pues, a pesar de que el consumo no se encuentra penalizado, son frecuentes los casos en los que usuarios de drogas terminan siendo procesados por el solo hecho de portarlas; o incluso pueden ser sometidos a retención administrativa de tipo transitoria hasta por 24 horas por parte de la Policía. Estos casos se dan aun cuando la cantidad de droga se encuentre dentro de los estándares legales permitidos, lo que atenta contra los derechos de los usuarios y favorece los abusos y la corrupción por parte de los organismos policivos (Uprimny *et al*, 2014).

Otra de las afectaciones a los derechos de las personas que consumen drogas, reportada por la investigación de Uprimny en el país, tiene que ver con que, en materia judicial, la criminalización del porte que supere los límites de la dosis personal y de la dosis de aprovisionamiento, está asociada a la forma como es interpretado el marco normativo por los funcionarios de dicha rama. Ello genera un problema de inseguridad jurídica para los sujetos consumidores; no solo porque las audiencias frecuentemente se realizan sin su presencia, sino porque tanto los jueces como los fiscales tienen una idea generalizada de que la droga es para consumo, solo si la persona que la porta tiene problemas de adicción. Pero esa situación es inconstitucional, ya que no es el Estado quien termina por demostrar que hubo una conducta dolosa con finalidad de tráfico, sino que debe ser el procesado el encargado de probar su inocencia, declarándose “adicto” (Uprimny *et al*, 2014).

Sumado a lo anterior, dicen París *et al* (2009), el derecho a la vida de las personas usuarias de drogas es otro de los derechos que es violado sistemáticamente debido a la persecución, la marginalidad y la falta de atención médica de la que es víctima esta población, pues pese a que

el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC, adoptado por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas de 1966 reconoce el derecho que tiene toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el derecho a la salud de los usuarios de drogas es frecuentemente negado debido a múltiples barreras para acceder a tratamientos de rehabilitación o a programas de reducción del daño. Colombia no es ajena a esta situación, pues a pesar de que nuestro ordenamiento jurídico contempla que las personas que usan drogas tienen derecho a recibir tratamiento y rehabilitación, las posibilidades de acceder al mismo se limitan a la escasa oferta estatal disponible. Dicha oferta se concentra principalmente en las grandes ciudades, lo que hace la búsqueda de atención se derive a centros médicos clandestinos o no autorizados por Ley; no solo por la falta de regulación de precios (los cuales pueden llegar a costar hasta a USD \$ 2.600 por mes), sino porque algunas EPS se resisten a asumir su responsabilidad en los costos, obligando a los usuarios a interponer acciones de tutela para poder garantizar sus derechos en salud, o a acceder a los mismos de manera particular. Situación que reduce las posibilidades de acceso a la capacidad de pago de los usuarios.

Según Wilson Center & FIAP, 2013, el respeto y el cumplimiento de los Derechos Humanos como eje central de la política de drogas no es una opción para los Estados, lo que supone la obligación de respetar, proteger y garantizar el reconocimiento de las personas que usan drogas como sujetos plenos de derecho, sin distinción alguna de los demás ciudadanos (Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos, 2014). Teniendo en cuenta este panorama debe decirse que, aunque Colombia, al menos discursivamente, ha asumido el consumo de drogas como un asunto de salud pública basado en los derechos de los usuarios, la política sigue teniendo problemas en cuanto a su implementación, no solo porque el estigma social frente al uso de sustancias sigue siendo un punto importante, sino porque la enorme inversión que se hace en oferta (64,2%), frente a la que se hace a la demanda (4,1%), así como la ambigüedad en los verbos

rectores, limitan el alcance de la misma. Aunque se tienen planteadas estrategias de mitigación, reducción y superación, la falta de claridad legislativa frente a los diferentes tipos de consumo, no permite implementar dichas estrategias en la práctica (Nisimblat, 2010; Segura, 2015).

En consideración con lo anterior, es preciso reenfocar los recursos al mejoramiento de las condiciones sociales y económicas con un equilibrio entre la prevención y la aplicación de la justicia penal, sobreponiendo los Derechos Humanos por encima de las demás convenciones, tal como lo establece el derecho internacional (Wilson Center & FIAP, 2013). Sin embargo, esto sigue siendo un asunto retórico en el país, pues, aunque la política actual plantea un enfoque de salud pública y Derechos Humanos, la implementación del discurso en la práctica es una utopía, pues sigue primando la estigmatización y el prejuicio.

Garantizar el derecho a la salud desde el Estado, un requisito urgente

A pesar de la creencia que el consumo de drogas es una amenaza a la salud pública, es cada vez más evidente que la persecución a los consumidores, limita su acceso a diferentes beneficios públicos, impide que el Estado cumpla con su papel de asegurar la satisfacción de las necesidades en salud de sus pobladores y deja en evidencia la ineficacia de las políticas coercitivas (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013). Además, es clara la incoherencia entre las normas y el ejercicio de las mismas ya que la estigmatización de las personas que usan drogas vulnera constantemente derechos fundamentales como la salud, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la no discriminación y el debido proceso, entre otros (Colectivo de Estudios Droga y Derechos, 2014).

De acuerdo con la Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces, (2009), las políticas represivas en el tema de las drogas han mostrado un rotundo fracaso en la meta de reducir la demanda y la oferta de las mismas. Dicha situación se ve reflejada en el mantenimiento del

crimen organizado, los narco-Estados, la corrupción en todos los niveles, las múltiples violaciones a los Derechos Humanos y la marginación y exclusión de los usuarios de drogas (Machín, 2005). En tal sentido, un nuevo enfoque político deberá centrarse menos en acciones penales y ser más incluyente con la sociedad y la cultura desde una lógica de respeto por los derechos que promueva el acceso oportuno a la atención en salud como derecho social (Vásquez, 2009). Además, estos cambios se deben dar priorizando a las poblaciones más pobres y vulnerables.

El Estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos por igual y sin discriminación, absteniéndose de denegar o limitar el acceso, independiente de la condición de los mismos. Dichas obligaciones, como señala Echeverry (2007), incluyen adoptar Leyes que garanticen el acceso a la atención de la salud prestando especial atención a los grupos sociales con escasos recursos y a personas en situación de marginalidad. Abordar el derecho a la salud de las personas que usan drogas en un contexto de Derechos Humanos obliga ir más allá de las soluciones médicas y de acceso a servicios de salud, y debe por tanto llevarse a la práctica en políticas reales de salud que incluyan la defensa de los derechos fundamentales y la dignidad. Lo anterior alude a los requisitos fundamentales para la protección en salud, así como a la promoción de las libertades y capacidades humanas, es decir, que se deben proponer soluciones que garanticen el respeto a las personas como titulares reales del derecho a la salud (Quintero, 2005).

La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional colombiana define a la salud como un derecho constitucional fundamental sustentado en la dignidad humana con conexidad con otros Derechos Humanos, cuando se trata de sujetos de especial protección; y en el ámbito de la garantía de servicios básicos de salud, con las extensiones necesarias, compatibles con la protección de una vida digna (Echeverry, 2013). Lo anterior significa que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos, en particular, la libertad, la dignidad, la igualdad y la vida privada, los cuales son

componentes del derecho a la salud. Entender la salud como derecho humano fundamental, dice Echeverry (2007), implica no solo acoger y traducir los principios rectores de los Derechos Humanos en políticas públicas; sino también adoptar una actitud participativa y valorar el efecto que ejercen las decisiones de las instituciones derivadas del poder político sobre la salud (Quintero, 2005).

La salud debe constituirse en un tema de primera línea en la agenda política nacional, en el marco del respeto por el Derecho a la Salud que aborde de manera preferencial los problemas originados en la discriminación y estigmatización de las poblaciones históricamente marginadas y desfavorecidas. Por este motivo, la relación entre la salud y los Derechos Humanos se convierte en una exigencia fundamental en términos de equidad si se quieren resolver las desigualdades sociales, las injusticias e inequidades (Quintero, 2005). En tal sentido, y de acuerdo con el CEDD (2014), las políticas en el tema de drogas deben involucrar la participación ciudadana y trabajar en pro del respeto por los derechos tanto humanos como fundamentales si quieren alcanzar el objetivo de ser realmente públicas (Quintero, 2005).

Cuando se aborda el consumo de drogas con el velo de la moral, la medicina clínica y el derecho penal, se invisibiliza al sujeto y se desconoce el componente histórico del fenómeno, ya que, al excluir del discurso el poder terapéutico y recreativo de las drogas, se olvida también que estas producen sensaciones de bienestar, placer, euforia, relajación, generan empatía y apertura emocional hacia otras personas⁸. Es por esto que desde una postura teórica diferente a la hegemónica, el centro del análisis no estaría en la enfermedad y la droga, sino en las definiciones sociales que se producen en el vínculo entre los sujetos y las drogas, las

8 Sobre referencias, investigaciones y literatura relacionadas al bienestar asociado al consumo ver: Bobes García, Saiz Martínez, & García-Portilla González, 2006; Fernández Ruiz & Ramos Atance, 2006; Flores, 2006; Moro M, Leza JC., 2009; Navarro, Ladero, Martín, & Leza, 2009; Pérez J, Valderrama J, Cervera G, Rubio G, Editores, 2006; Vallejo J, Leal C., 2005.

cuales incluyen los significados sociales y culturales que subyacen detrás del consumo (Vázquez & Stolkiner, 2009).

Asociar todo uso de drogas a un consumo problemático, a un delito o a un TUS representa un problema en el abordaje de este fenómeno ya que no todo consumo habitual produce daños colaterales a terceros, ni todo consumo ocasional es problemático (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013). Por este motivo el Estado no solo debe entender que existen diferentes tipos de consumo, sino también actuar de manera diferenciada frente a ellos (Uprimny *et al*, 2014). Una persona que usa drogas y que no comete delitos no deberá ser penalizada, ni tratada como enferma mental o como criminal. En tal sentido, en lugar de condenar a los usuarios, el Estado deberá facilitar los medios para que puedan adoptar conductas responsables como bien lo señala Quintero (2005). También se hace fundamental implementar políticas sociales y de salud inclusivas que respeten los Derechos Humanos y favorezcan la accesibilidad a servicios públicos de buena calidad (Colectivo de Estudios Droga y Derechos, 2014).

Los Derechos Humanos son una vía importante para la transformación social y una poderosa herramienta para el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población, motivo por el cual el derecho a la salud debe constituirse en un tema de primer orden en la agenda política. Atendiendo a consejos de la Corporación región (1994), de lo anterior se deriva la importancia de reconocer el proceso histórico, dinámico, cultural y social que subyace tras el consumo, sin juzgarlo desde perspectivas criminalizantes y represivas, en tanto el objetivo es comprender el fenómeno de las drogas como un asunto de salud pública y no solo como un asunto moral (Avenidaño, 2001).

Las políticas públicas en el tema de drogas deben considerar las múltiples formas de discriminación, especialmente cuando la estigmatización y la discriminación, como procesos culturales y sociales, están relacionadas con conceptos de poder y dominación, lo que significa que son nociones

ligadas a fenómenos de desigualdad⁹. Lo anterior hace referencia a las diferencias de clase social, pero además, y sobre todo, de género, etnia y cultura (Sen, 2004). El derecho a la igualdad y a la no discriminación exige que los programas sociales sean accesibles en beneficio de las personas más desfavorecidas, así como la necesidad de que las políticas sociales cumplan con los estándares de accesibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad y adecuación en relación a los DESC. Para ello es imprescindible elaborar estrategias encaminadas al respeto de la dignidad, la autonomía, la no discriminación, el acceso a la información, la transparencia y la rendición oportuna de cuentas (Instituto Nacional de Derechos Humanos & Naciones Unidas, 2013). Motivo por el cual los enfoques basados en salud pública y Derechos Humanos deben propender por reducir el estigma y la discriminación por medio del respeto a la autonomía, la libertad y la dignidad de las personas, la confianza en sus capacidades y su responsabilidad (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

El estigma que ha impuesto el etiquetaje de los consumidores experimentales u ocasionales de drogas ilegales como “drogadictos” es relevante en términos de salud pública, dada la importancia del reconocimiento del sujeto desde sus múltiples dimensiones y potencialidades, como un ser no solamente biológico, sino también como un ser sociocultural, psicoafectivo e histórico, que se encuentra en una relación dialéctica con la sociedad (Peñaranda, 2013). En otras palabras, se trata de una dialéctica desde un punto de vista ético, entre el sujeto moral y el sujeto histórico-político, en la cual se pretende asumir al ser humano como un fin en sí mismo y no como un medio, en el marco del respeto recíproco y la intersubjetividad (Hernández, 2008). Así pues, es necesario abordar el fenómeno de las

9 Breilh entiende la desigualdad como expresión resultante de inequidad (categoría que define las relaciones de poder, producto de la apropiación y acumulación económica, política y cultural por parte de las clases dominantes) (Breilh, 2009); por su parte Mario Hernández argumenta que “el valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta” (Hernández-Álvarez, 2008).

drogas en consonancia con políticas que enfrenten las múltiples formas de exclusión social como la falta de voz pública, la falta de ingresos para satisfacer necesidades básicas, la falta de empleo formal y la falta de acceso a servicios de salud, entre otros; generando espacios críticos de debate, no solo con la academia, sino también con los sujetos, las comunidades y los movimientos sociales (Organización de los Estados Americanos, 2013).

La participación del Estado en términos de inversión social, educación, salud e investigación es un punto clave, sin embargo, este proceso no será efectivo si no involucra además la movilización y el empoderamiento social por la reivindicación del derecho a la salud y el respeto por la diferencia. En tanto la fuerza para alcanzar la salud se encuentra en las mismas poblaciones, motivo por el cual no es posible confiar en que solo con la intervención de la ciencia positiva y el paternalismo del Estado se alcance dicha condición (Granda, 2007). A pesar de que Colombia ha avanzado en el enfoque de Derechos Humanos desde sus políticas frente al tema de las drogas, el progreso continúa siendo limitado en términos prácticos y es frecuente que se preste más atención al control frente a las drogas que a los usuarios –no se abordan las razones que los sujetos tienen para consumirlas, las diferentes formas de consumo y los contextos en los cuales se usan–; lo anterior se traduce en el desconocimiento por parte del Estado de las personas que usan drogas como sujetos que tienen los mismos derechos que cualquier otro ciudadano (Colectivo de Estudios Droga y Derechos, 2014). Es preciso reconocer el fracaso de las políticas vigentes como condición previa, esto permitirá abordar el fenómeno de las drogas y el consumo desde una perspectiva de salud pública y de Derechos Humanos mejor de lo que se ha hecho hasta el momento. Esto implica, por supuesto, suficiente inversión presupuestal y fortaleza administrativa para enfrentar las múltiples formas de estigmatización y exclusión social (Comisión de Drogas y Democracia en América Latina, 2008; Uprimny *et al*, 2014).

La legislación nacional e internacional en el tema de drogas se concentra en los delincuentes y en los pacientes con TUS; sin embargo, hay

un abismo jurídico en relación con los consumidores que no están enfermos ni cometen delitos, pero que, al ser vistos como tal, siguen siendo perseguidos y detenidos por los sistemas judiciales. Una política social en favor de los Derechos Humanos y fundamentales debe contribuir de manera efectiva a la reducción de las condiciones que contribuyen a perpetuar la discriminación en contra de los grupos vulnerables. La forma de contrarrestar dicha discriminación es por medio de acciones orientadas a mejorar las condiciones de empleo y oferta laboral, vivienda, seguridad social, alimentación, educación, salud, cultura, participación ciudadana y reducción de la pobreza (Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces, 2009; Instituto Nacional de Derechos Humanos & Naciones Unidas, 2013).

Con respecto a las cantidades legales para uso personal, es urgente que se fijen las cantidades mínimas por debajo de las cuales los organismos policivos y judiciales no puedan detener a los usuarios de drogas como si fueran traficantes. Se deben establecer márgenes permisibles sobre las cuales los consumidores puedan tener dosis de aprovisionamiento, considerando las prácticas de los consumidores y no de manera arbitraria. De igual manera se deben establecer los mecanismos investigativos que garanticen el respeto por los Derechos Humanos de las personas que usan drogas, de manera que lo anterior no signifique que cuando un usuario porte una cantidad por encima de las definidas, este pueda ser condenado por distribución y tráfico, ya que en todo caso el Estado es quien debe probar que existió la intención de vender o distribuir y no al revés (Colectivo de Estudios Droga y Derechos, 2014).

El consumo, como dice Nateras (2018), es un tema hipercomplejo y multidimensional con un amplio componente social y de salud que requiere políticas públicas no represivas, motivo por el cual la justicia penal no debe ser aplicada en casos de consumo y posesión simple o como excusa para proteger la salud. Es importante, como defiende Vásquez (2009), generar espacios de debate en torno a la necesidad de una atención integral en salud con respeto por la dignidad de las personas que

usan drogas. Así como es importante que se brinden oportunidades de tratamiento en caso de ser necesario, bajo los mismos estándares éticos que se deben tener para el tratamiento de cualquier otra condición de salud, sin discriminación por parte del personal sanitario y basado en la mejor evidencia científica disponible, con el objetivo de no vulnerar los derechos de esta población.

En consideración con lo que se acaba de plantear, Hernández (2009) argumenta que las condiciones socioeconómicas de la estructura social son el principal determinante para enfermar y morir –sea por consumo de drogas o por cualquier otra situación de salud–, motivo por el cual se requiere comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno mediado por determinantes históricos y macrosociales en el que intervienen categorías como los procesos de producción y la clase social (Valencia, 2011). Es por esto que un enfoque real de salud pública en las políticas de reducción de la demanda, implica la garantía del derecho a la salud a través de estrategias como la prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción del daño y la reinserción social, con enfoque de género y de respeto a los Derechos Humanos (Amador & Cortes, 2016). Lo anterior debe estar acompañado por medidas sociales como la inserción y la integración laboral, ya que esto favorece la autoestima, la independencia y la autonomía de las personas que usan drogas, y les permite el reconocimiento pleno como ciudadanos de derechos y deberes. Además, como dice Arribas (2001), se debe fomentar su participación activa en la vida social.

Quintero (2005) dice claramente que la salud es política, en tanto sus determinantes son sensibles a la intervención, ideología y poder político, y hace parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales son considerados un espacio de lucha social para disminuir las desigualdades a través de la provisión de servicios por parte del Estado (Echeverry, 2007). La salud, como derecho fundamental en un Estado Social de Derecho como Colombia, supone la interdependencia e indivisibilidad de los Derechos Humanos, lo anterior significa que derechos

como la autonomía, a la libertad de elección, la identidad cultural, la no discriminación, la información y la participación son necesarios para el logro de los más altos estándares de salud.

Así las cosas, como acertadamente dicen Quintero & Posada (2013), una verdadera política de salud pública de reducción de la demanda deberá centrar las estrategias en las personas y no en las drogas; esto debe lograrse por medio de un abordaje multisectorial y multidisciplinario, que permita afianzar el tejido social y fortalecer los Derechos Humanos, la salud, el desarrollo, la inclusión social y el bienestar colectivo. Para lo cual es imperativo el compromiso político de todas las instituciones estatales que tienen parte sobre el fenómeno, así como de la sociedad civil, la empresa y las organizaciones privadas, partiendo de la no discriminación y el apoyo a los grupos más vulnerables como las personas privadas de la libertad, las minorías culturales o étnicas y de bajos ingresos, al igual que las comunidades urbanas marginales, con una inversión presupuestal equivalente a la que se destina a la reducción de la oferta. Es la única forma de acercarse social y culturalmente a los objetivos propuestos en cuanto a cambios estructurales frente al estigma del consumo y al consumo en sí (Salvador & Martínez, 2000).

Bibliografía

- Acuña, C., & Bolis, M. (2005). *La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas*. Organización Panamericana de la salud & OMS.
- Amador, G. & Cortes, E. (2016). "Políticas de drogas y salud pública: ¿Costa Rica ha hecho lo suficiente?" En *Perpesctivas*, (9). (pp. 1-9). Bogotá: Fundación FES.
- Arribas, J. R. (2001). "Proceso de construcción de un estigma: La exclusión social de la drogadicción". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 4(2). (pp. 233-243). España: Universitat Barcelona.
- Avendaño, M. (2001). "Las políticas de drogas: la reducción de daños en relación con otros modelos teóricos". En *Nuevas estrategias de atención en drogodependencias*. (pp. 273-285). Medellín: Fondo editorial Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Becoña, E. (2016). "La adicción «No» es una enfermedad cerebral". En *Papeles del Psicólogo*, 37(2). (pp. 118-125). Estados Unidos: American Psychological Association.

- Bobes, J., Saiz, P., García, P. & González, M. (2006). Alucinógenos, Anfetaminas y Drogas de Síntesis: epidemiología, clínica y tratamiento. En *Tratado S.E.T. de trastornos adictivos* (pp. 188-193). Madrid: Médica Panamericana.
- Breilh, J. (2010). "Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud". En *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. (pp. 87-125). Brasil: CEBES.
- Campo A., Oviedo, H. & Herazo, E. (2014). "Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental". *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3). (pp. 162-167) Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos. (2014). *Drogas y Derechos Humanos en la ciudad de México 2012-2013*. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- CESCR. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: CESCR.
- Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces. (2009). *Usos de drogas y participación democrática. Un estudio sobre la participación de organizaciones de personas consumidoras de drogas en el diseño de políticas de drogas en el ámbito local y europeo*. Bélgica: ENCOD.
- Colectivo de Estudios Droga y Derechos CEDD. (2014). *En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. México: CEDD.
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá: Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia.
- Comisión de Drogas y Democracia en América Latina. (2008). *Drogas y Democracia en América Latina: Una introducción*. Río de Janeiro: Comisión de Drogas y Democracia en América Latina.
- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. (2009). *Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma*. Río de Janeiro: Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia.
- Corporación Región. (1994). *¿Legalizar la droga? Seis escritos sobre el tema* (Vol. 2) Medellín: Corporación Región.
- da Silveira, P. S., Martins, L. F. & Ronzani, T. M. (2009). "Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde". En *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1). (pp. 62-75). Brasil: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- da Silveira, P. S., Martins, L. F., Soares, R. G., Gomide, H. P. & Ronzani, T. M. (2011). "Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo". En *Estudos de Psicologia*, 16(2). (pp. 131-138). Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Díaz, A. (2000). "El estudio de las drogas en distintas sociedades: problemas metodológicos". En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 27-36). Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Echeverry M. (2013). La acción de tutela en salud: una herramienta para la construcción del derecho a la salud como derecho fundamental. En *Indignación Justa:*

- Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín.* (pp. 43-108). Medellín: Hombre Nuevo Editores.
- Echeverry, M. E. (2007). "Las reformas estructurales en América Latina y el derecho a la salud". En *Revista de Investigación Social*, 3(5). (pp. 43-66). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Faura, R. & García, N. (2013). "El ocio nocturno y la reducción de riesgos". En *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas.* (pp.157-168). España: Editorial Milenio.
- Felicissimo, F. B., Ferreira, G. C., Soares, R. G., Silveira, P. S. da, & Ronzani, T. M. (2013). "Estigma internalizado e autoestima: Uma revisão sistemática da literatura". En *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1). (pp. 116-129). Brasil: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Fernández L. (2000). "Los "territorios urbanos" de las drogas: un concepto operativo". En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 49-56). Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Fernández Ruiz, J. & Ramos Atance, J. (2006). "Cannabis". En *Tratado S.E.T. de trastornos adictivos* (pp. 222-327). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Ferreira, G. C. L., Silveira, P. S. D., Noto, A. R. & Ronzani, T. M. (2014). "Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: Uma revisão sistemática da literatura". En *Estudos de Psicologia*, 19(1), (pp. 77-86). Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Flores, A. (2006). "Cocaína: bases biológicas de la dependencia de Cocaína". En *Tratado S.E.T. de Trastornos Adictivos* (pp. 242-251). Madrid: Médica Panamericana.
- Forero, J. V. (2009). *Las toxicomanías. Algunas consideraciones críticas sobre cómo se ha comprendido el fenómeno, se han diseñado las políticas y los tratamientos.* Tesis Psicológica. *Revista de la Facultad de Psicología*, (4), (pp. 102-115). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Fundación Transform Drug Policy. (2014). *La Guerra contra las Drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación.* México: Fundación Transform Drug Policy.
- Geffner, N., Zalazar, V., Mascayano, F. & Agrest, M. (2017). "Revisión de programas anti-estigma y a favor de la recuperación". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63(3). (pp. 189-202). Argentina: Fondo para la Salud Mental.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada* (10.^a ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Granda, E. (2007). "Salud, ambiente y desarrollo: un reencuentro con los temas fundamentales de la salud pública". En *V Congreso Internacional de Salud Pública.* Medellín: Universidad de Antioquia.
- Hernández, L. J. (2009). "Que crítica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho". En *Boletín del Observatorio en Salud*, 2. (pp. 18-28). Antioquia: ODFS.
- Hernández, M. (2008). "El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud". En *Revista de Salud Pública*, 10(1). (pp. 72-82) Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Instituto Nacional de Derechos Humanos & Naciones Unidas. (2013). *Seminario Internacional Indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad*. Santiago de Chile: INDH.
- Jelsma, M. (2008). *El estado actual del debate sobre políticas de drogas. Tendencias de la última década en la Unión Europea y las Naciones Unidas*. Río de Janeiro: TNI.
- Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). "A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users". En *International Emergency Nursing*, 17(1). (pp. 3-14). Canadá: Editorial Board.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). "Stigma and its public health implications". En *The Lancet*, 367(9509), (pp. 528-529). Inglaterra: Elsevier Properties, S.A.
- Llinares Pellicer, M. C., & Lloret Botonat, M. (2010). "¿Existe el estigma en los drogodependientes? Proceso de construcción de un estigma". En *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 28(62). (pp. 115-133). España: AESPAT.
- Llort, A. (2013). "La organización de los usuarios". En *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (pp. 195-208). Lleida: Editorial Milenio.
- Lobos, M. (2012). *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.
- Machín, J. (2005). "Otra política de drogas es posible". En *LiberAddictus*, (84), (pp. 6-10). México: Liberaddictus AC.
- Marco, A., & Boguña, J. (2000). "Consumo de drogas y prisión²". En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 353-358). Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Matos de Andrade, T., & Mota Ronzani, T. (2006). *A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento*. Brasília: SUPERA.
- Ministerio del Interior y de Justicia. (2010). *Política nacional contra las drogas*. Bogotá: Ministerio del Interior y de Justicia.
- Mino, A. (2000). "Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias". En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 305-340). Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Moro M, Leza JC. (2009). Opioides I. Farmacología. Intoxicación aguda. En *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 107-126). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Nateras, A., & Nateras, O. (1994). "El uso social de drogas: Una mirada desconstruccionista". En *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (35). (pp. 113-130). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Navarro, M., Ladero, J., Martín, M. & Leza, J. (2009). "Complicaciones orgánicas y psiquiátricas". En *Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 329-358). Madrid: Médica Panamericana.

- Nisimblat, N. (2010). Las políticas públicas de Colombia en torno al uso indebido de drogas, la familia y la sociedad: "Una mirada desde los mecanismos de protección procesal". *Revistas ICDP*, (36), (pp. 1-33). Bogotá: Instituto Colombiano de Derecho Procesal.
- OEDT. (2011). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual, 2011*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Oliveira, M. C. de & Ronzani, T. M. (2012). Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32(3). (pp. 648-661). Brasil: Consejos Federal y Regionales de Psicología.
- ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- Organización de las Naciones Unidas. (1894). *Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Washington: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas. (1965). *Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Washington: OEA.
- Paiva, F., Ferreira, M. L., Martins, M., Farias, S. & Ronzani, T. M. (2014). "A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas". En *Psicologia & Sociedade*, 26(3). (pp. 696-706). Brasil: Associação Brasileira de Psicologia Social, PUC Minas.
- Parés Franquero, Ó. (2013). "La génesis de la reducción de riesgos". En *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas*. (pp. 71-88). España: Milenio.
- París, M. D., Pérez, L. & Medranos, G. (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. Secretaría de Gobernación: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Pedersen, D. (2009). "Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: Apuntes para el análisis y diseño de intervenciones". En *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1). (pp. 39-50) Argentina: Fondo para la Salud Mental.
- Peñaranda, F. (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes-determinación social de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S91-S102. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Pérez, J., Valderrama, J., Cervera, G. & Rubio, G. (Ed.) (2006). *Tratado S.E.T. de Trastornos Adictivos*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Quintero, R. M. (2005). *La importancia de las ideas en las políticas públicas de los sistemas democráticos. El caso de la política de lucha contra las drogas*. España: VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración.

- Quintero, S. I. & Posada, I. C. (2013). Estrategias políticas para el tratamiento de las drogas ilegales en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(3). (pp. 373-380). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J. & Furtado, E. (2009). "Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil". En *Social Science & Medicine*, 69(7), (pp. 1080-1084) Holanda: Elsevier.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R. & Silveira, P. S. da. (2015). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas*. Brasil: Editora UFJF.
- Saiz, J. (2008). "El estigma de la cocaína". En *Revista Española de Sociología*, (10). (pp. 97-114). España: Federación Nacional de Sociología.
- Salvador-Llivina T. & Martínez I. (2000). "Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo". En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 217-236). Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Segura Gutiérrez, N. (2015). *Política pública de drogas en Colombia: Un balance entre seguridad y salud pública*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.
- Sen, A. (2004). "Elements of a theory of human rights". En *Philosophy & Public Affairs*, 32(4). (pp. 315-356). California: Stanford University.
- Soares, R. G., Silveira, P. S. da, Martins, L. F., Gomide, H. P., Lopes, T. M., & Ronzani, T. M. (2011). "Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas". *Estudios de Psicología*, 16(1) (pp. 91-98). Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Tirado-Otálvaro, A. F., Calderón, G., Restrepo, S., Vásquez, V. & Orozco, I. (2019). "Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas". En *Psicología em pesquisa*, 13(1). (pp. 22-33). Brasil: Programa de Pós-Graduação em Psicologia UFJ
- Uprimny, R., Guzmán, D., Parra, J. & Bernal, C. (2014). "Políticas de drogas frente al consumo en Colombia: análisis desde una perspectiva de Derechos Humanos". En *En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. London: IDPC.
- Valderrama, L. & Grazianni, J. (2011). *Entre la prohibición y la legalización de los estupefacientes*. Bogotá: IEGAP-UMNG.
- Valencia Arredondo, M. (2011). Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(1), (pp. 85-93). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Vallejo J. & Leal, C. (2005). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Ars Médica.
- Van Boekel, L., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. (2013). "Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review". En *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2). (pp. 23-35) Estados Unidos: Science Direct.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. & Garretsen, H. (2014). "Health-care professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction

services." En *Drug and alcohol dependence*, 134, (pp. 92–98). Estados Unidos: Science Direct.

Vásquez, A. (2010). *El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la accesibilidad a servicios de salud*. (1), 14. Buenos Aires: Facultad de Psicología, II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

Vázquez, A., & Stolkner, A. (2009). "Procesos de estigma y exclusión en salud: Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia". En *Anuario de Investigaciones*, 16. (pp. 295–303). Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

Wilson Center & FIAP. (2013). *Políticas de Drogas desde la perspectiva de la Salud Pública y los Derechos Humanos*. Bogotá: Wilson Center & FIAP.

GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN

Ayda Luz Piñeros Martínez

*“Una educación desde la cuna hasta la tumba, inconforme
y reflexiva, que nos inspire un nuevo modo de pensar
y nos incite a descubrir quiénes somos en una sociedad
que se quiera más a sí misma.”*

Gabriel García Márquez

Garantizar el derecho a la salud en Colombia ha sido un asunto complejo a lo largo de la historia, esto se debe a múltiples variables de índole social, económica, geográfica, política, cultural, entre otras. En el mismo sentido de complejidad debe decirse que si garantizar la salud desde el abordaje de su dimensión física ha sido un desafío para el Estado colombiano y para las organizaciones no gubernamentales que en algunos territorios han querido apoyar esta labor, lo ha sido más promover la salud mental y la ejecución de planes de atención para los trastornos mentales. La salud mental ha representado un reto mayor para el país por aspectos como el desconocimiento, los tabúes y el estigma de la mayoría de la población sobre lo que significa salud mental; también es una atención que se ha

visto afectada por la falta de presupuesto económico para la garantía del derecho a la salud mental, la escasez de recurso humano especializado en esta área de la salud –en lo que respecta a profesionales en psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapeutas ocupacionales– y su distribución desigual en las zonas rurales y urbanas del país.

Por lo mencionado, se desea analizar cómo se garantiza el derecho a la salud mental a la población del municipio de Medellín, tanto en la dimensión positiva del concepto como en la atención de los trastornos mentales. Para responder esta pregunta se tendrán en cuenta componentes esenciales de las acciones en salud, tanto desde la salud mental pública como de la atención del sistema de salud –como son la promoción de la salud mental, la prevención de los factores de riesgo y la atención de los trastornos mentales–. La metodología que se implementa en este ensayo es una combinación de la lectura de documentos de la Organización Mundial de la Salud, OMS; la Organización Panamericana de la Salud, OPS; artículos de investigación científica de diferentes académicos nacionales e internacionales sobre salud mental; la Ley de Salud Mental 1616 de 2013; la Política Nacional de Salud Mental de 2018; entrevistas semiestructuradas con expertos en el área de la salud mental de la rama de la psicología y la psiquiatría; y, por último, una entrevista semiestructurada con un abogado de la Defensoría del Pueblo que ha trabajado en la garantía del derecho a la salud y el reporte estadístico de las tutelas elaboradas por la Personería del municipio de Medellín para proteger el derecho a la salud mental de las personas que han solicitado su acompañamiento en el tema.

Concepto de "salud mental"

Retomando la propuesta del Grupo de Investigación de Salud Mental, Gissamed, de la Universidad de Antioquia, la salud mental puede concebirse como un campo de conocimiento complejo en el cual pueden interactuar diferentes disciplinas, más aún cuando se habla de salud mental pública.

Como señala la Mesa de Salud Mental (2018), desde perspectivas interdisciplinarias y transdisciplinarias

una de las apuestas actuales que hace la salud pública, es entender que por sí misma no resuelve las problemáticas de erradicación de las enfermedades humanas cuyo origen puede encontrarse en agentes vectores, o también por las situaciones ambientales, las condiciones socioeconómicas y políticas de los grupos humanos, o simplemente por razones culturales. La convergencia de saberes y disciplinas de las ciencias sociales y humanas, las ciencias exactas y naturales, las ciencias de la ingeniería y la física aplicadas, así como las ciencias médicas y de la salud está llamada a interactuar de manera dinámica y crítica para dar soluciones a las actuales problemáticas de salud que el siglo XXI plantea.

Un aspecto fundamental para el análisis realizado es el reconocimiento de la necesidad de referenciar las definiciones oficiales sobre lo que se comprende como salud mental en Colombia, razón por la cual se consulta el concepto establecido en la Ley de Salud Mental 1616 de 2013, que es el mismo que contempla la Política Nacional de Salud Mental 4886 de 2018. Estas definiciones son fundamentales para analizar la garantía del derecho a la salud mental en el municipio de Medellín para el año 2019.

Para iniciar, se retoma la conceptualización presentada en el Artículo 3 de la Ley 1616 de 2013:

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La salud mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario en salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. (Congreso de la República, 2013)

Con respecto a la Garantía en Salud Mental, el Artículo 4 de la misma Ley establece que el Estado, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Uno de los documentos que se considera pertinente tener en cuenta para analizar aspectos relacionados con la garantía del derecho a la salud mental es el *Atlas de Salud Mental de las Américas* (2017) de la OPS y de la OMS oficina regional para las Américas, pues es un documento que tiene como objetivos proporcionar información actualizada sobre la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental existentes y proveer datos básicos para alcanzar las metas establecidas en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. La información que permite recopilar la realización de encuestas y el informe que se ejecutan cada dos años para conformar un atlas está organizada en cuatro categorías: i) gobernanza del sistema de salud mental; ii) recursos humanos y financieros para la salud mental; iii) disponibilidad de los servicios de salud mental; y iv) promoción y prevención de la salud mental. Dentro del *Atlas de salud mental de las Américas 2017*, Colombia hace parte de la subregión de América del Sur, junto con nueve países más que respondieron la encuesta enviada por la OPS –Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela–. Con respecto a la clasificación por ingreso establecida por el Banco Mundial para el año 2017, Colombia es catalogada como un país de ingreso mediano-alto.

El ítem de “Gobernanza en el ámbito del sistema de salud mental” hace referencia a la existencia de Políticas de Salud Mental. Según este, “la política de salud mental puede ser definida como una declaración oficial de un gobierno que transmite un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales de una población” (OPS, 2018). En esta categoría

se identifica que Colombia cumple con tener una Ley de Salud Mental –Ley 1616 de 2013-, así como con la creación de una Política Nacional de Salud Mental 4886 de 2018, con las cuales se daría cumplimiento a la primera línea estratégica del Plan de acción sobre salud mental de la OPS, que se refiere a la formulación y ejecución de políticas, planes y Leyes en el campo de la salud mental. Sobre lo anterior hay que señalar que, al tener una Política Nacional de Salud Mental reciente –debido a que solo hace unos meses fue promulgada oficialmente–, se cumple con el atributo de la formulación de esta. Sin embargo, aún está en proceso su divulgación en los diferentes Departamentos y municipios del país, así como el establecimiento de las diferentes estrategias y acciones para su ejecución; lo cual concuerda con lo determinado en el Plan Decenal de Salud Pública, en la meta del Componente de Promoción de la Convivencia Social y de salud mental según la cual se pretende que “a 2021 el 100% de Departamentos y municipios del país adopten y adapten la Política Pública Nacional de Salud Mental acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Con respecto a la existencia de una Política Pública de Salud Mental para el municipio de Medellín se encuentra que a mayo de 2019 no se ha promulgado una política pública oficial, pero que el concejal Ramón Emilio Acevedo Cardona presentó una propuesta a finales de 2018, asunto que mencionó en su Debate sobre la Situación de Salud Mental en Medellín, realizado en el Concejo del municipio el 24 de octubre de 2018. Es importante resaltar que en ese debate el concejal Ramón Acevedo planteó diversos vacíos, dificultades y barreras de acceso para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mental de los habitantes del municipio, tanto en los ámbitos de la promoción, prevención y atención de la salud mental/trastorno mental y el presupuesto económico que se designa para los mismos (Acevedo, 2018).

Algunas de las problemáticas más relevantes de salud mental y convivencia mencionadas en el debate realizado por el Dr. Ramón Emilio Acevedo Cardona en el Concejo de Medellín fueron las siguientes:

1. Lesiones autoinfligidas o suicidio.
2. Consumo de alcohol, el cual en algunos casos termina siendo un factor asociado a situaciones de violencia intrafamiliar y feminicidios.
3. Consumo de sustancias psicoactivas en menores de edad, circunstancia que genera más riesgo de daño en el desarrollo del cerebro, en el desarrollo cognitivo y en la posibilidad de establecer un proyecto de vida por parte de las(os) adolescentes consumidores.

Promoción de la salud mental en el municipio de Medellín

La Ley 1616 de 2013 define la promoción de la salud mental como

una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano. (Congreso de Colombia, 2013)

Desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, se hace referencia a las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales que se requieren para que individuos y comunidades puedan preservar un buen estado de salud y gozar de una buena calidad de vida.

De acuerdo con lo que plantea la OMS en la Carta de Ottawa, “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos” (OMS, 1986). Con respecto a algunos de los determinantes sociales y personales de salud mental se presenta la clasificación elaborada por la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud, la cual establece tres categorías: i) inclusión social, ii) ausencia de discriminación

y violencia y iii) participación económica. Estas agrupan diferentes elementos que influyen en la salud mental de la siguiente manera:

- **Inclusión Social:** relaciones de apoyo, participación en actividades de grupo, participación en actividades cívicas.
- **Ausencia de discriminación y violencia:** valoración de la diversidad, seguridad física, autodeterminación y control de la propia vida.
- **Participación económica:** trabajo, educación, vivienda, dinero.

Sobre el concepto de Salud Mental Positiva, SMP, es relevante mencionar algunos resultados encontrados por Muñoz. Restrepo & Cardona (2016), en una revisión sistemática que realizaron sobre el tema. Uno de los resultados más importantes de la investigación en mención es que el 43% de los estudios centra la explicación teórica en las variables independientes sobre la que se busca la asociación con la SMP como variable dependiente. De este modo, no se explicita un modelo teórico de SMP, aunque se concibe como un estado que se define en cuanto el sujeto no presenta dificultades emocionales, comportamentales, enfermedad o trastorno mental. En esta misma línea hay otros estudios que dan por sentado que un sujeto que posee habilidades y recursos para afrontar la vida cotidiana de un modo adecuado tiene SMP. En ambos casos se concibe como la ausencia de la enfermedad o la presencia de ciertos atributos de personalidad que protegen al individuo de enfermar o coadyuvan en la recuperación o rehabilitación de dificultades o trastornos.

Prevención de factores de riesgo para la salud mental en el municipio de Medellín

En la Ley 1616 de 2013 se conceptualiza la prevención primaria del trastorno mental como “las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales,

enfaticando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos” (Congreso de Colombia, 2013). Sobre este asunto Torres de Galvis *et al* (2018), plantean que la prevención de los trastornos mentales comienza por la protección de los Derechos Humanos. Hay que asegurar que situaciones que vulneran a los individuos y los ponen en riesgo de sufrir un trastorno mental (como son el abuso de menores, la violencia intrafamiliar, las situaciones de guerra, la discriminación, la pobreza y la falta de acceso a la educación) se controlen y eviten de forma sistemática es una sólida estrategia preventiva de los trastornos mentales.

De acuerdo con lo anterior, algunos factores de riesgo para la salud mental, es decir, que pueden estar asociados con que en algún momento de la vida una persona pueda presentar un trastorno mental son el fracaso académico y desmoralización estudiantil; déficits de atención; cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes; abuso y abandono de menores; insomnio crónico; dolor crónico; problemas de comunicación; embarazos a temprana edad; abuso al anciano; inmadurez y desregulación emocional; uso excesivo de sustancias; exposición a violencia, trauma y agresión; conflicto intrafamiliar o disfunción familiar; soledad; bajo peso al nacer; clase social baja; enfermedad médica; factores biológicos; enfermedad mental de los padres; abuso de sustancias por parte de los padres; complicaciones perinatales; pérdida afectiva reciente (duelo); pobres habilidades sociales; discapacidad sensorial; situación de gran estrés y, por último, consumo de sustancias durante el embarazo.

Con respecto a la prevención de los factores de riesgo y a la promoción de la salud mental en el municipio de Medellín es pertinente señalar que, además de los programas de promoción y prevención que realizan las IPS, existen programas y proyectos de algunas secretarías de la Alcaldía de Medellín que se encargan de ejecutar acciones y actividades para todos los habitantes del municipio. Por ejemplo, por parte de la Secretaría de Educación se reporta el programa Escuela Entorno Protector, el cual cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por 213 profesionales;

entre sus objetivos está contribuir con el mejoramiento de los ambientes de aprendizaje, el buen vivir en la escuela y la formación de ciudadanos activos que aporten a la construcción de una comunidad protectora. Dicho programa trabaja para prevenir el acoso escolar, el embarazo adolescente, el abuso sexual, la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas, el uso y vinculación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes por parte de grupos delincuenciales organizados. Así mismo, busca fortalecer la convivencia escolar, los liderazgos estudiantiles, la mediación escolar, la relación familia-escuela y, también, el cuidado del cuerpo.

Otro programa que se encarga de realizar actividades de prevención de factores de riesgo y de promoción de salud mental desde un enfoque psicosocial es el proyecto Buen Vivir en Familia de la Unidad Familia Medellín, que es una dependencia de la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos. Este programa tiene como propósito realizar acompañamiento psicosocial a personas y a familias en situación de vulnerabilidad, para promover condiciones de bienestar social y de mejoramiento de la calidad de vida. Usualmente, se realizan talleres o actividades grupales según las necesidades expresadas por las familias o las comunidades a intervenir. No obstante, se ha identificado que hay algunas problemáticas que suelen ser frecuentes en diferentes comunidades y por tal razón deben abordarse de forma continua en el marco de la estrategia, tales como, prevención de la violencia intrafamiliar, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y habilidades para la vida.

Atención en salud mental en el municipio de Medellín

La Ley 1616 de 2013 establece el concepto Atención Integral e Integrada en salud mental, la cual se describe como “la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud

e inclusión social” (Congreso de Colombia, 2013). También se señala que “hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de las personas.” (Congreso de Colombia, 2013)

La atención en salud mental en el municipio de Medellín puede ser comprendida desde tres categorías. La primera hace alusión a la atención que se ofrece dentro del marco del Sistema de Salud por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Mental que tienen convenios con las diferentes EPS. La segunda categoría se relaciona con la atención brindada por profesionales de psicología y psiquiatría a nivel particular, a la cual por asuntos económicos y académicos solo tiene acceso cierto sector de la población. La tercera categoría hace referencia a los diferentes programas de atención psicosocial que ofrece la Alcaldía de Medellín para los habitantes de todo el municipio, la cual se realiza desde un enfoque de garantía de Derechos Humanos y de inclusión social. Dentro de los programas y proyectos con estas garantías en Medellín se encuentra que hay programas y proyectos ejecutados desde las diferentes secretarías del municipio. Entre ellos se pueden mencionar: i) El Programa Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS, de la Secretaría de Salud, el cual opera bajo los principios de la atención primaria en salud y está conformado, como informó Caracol Radio (2018), por un equipo interdisciplinario de la Secretaría de Salud de las áreas de nutrición, enfermería, medicina, odontología, psicología, entre otros. ii) El programa Escuela Entorno Protector de la Secretaría de Educación, con profesionales en psicología que hacen presencia en instituciones educativas públicas del municipio. iii) El proyecto del Subcomponente de Atención Psicosocial Individual, Familiar y de Grupos de Apoyo de la Unidad Familia Medellín, el cual corresponde a la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos; con profesionales en psicología que hacen presencia en los Centros Integrales de Familia y en puntos de atención de algunas oficinas de la alcaldía de Medellín, puntos que están ubicados en las comunas y corregimientos del municipio.

Sobre estos programas y proyectos es pertinente mencionar que las(os) profesionales que hacen parte de sus equipos en diversas ocasiones realizan un trabajo intersectorial, lo que quiere decir que dependiendo de las competencias y actividades de cada uno remiten casos, realizan intervenciones articuladas o complementarias, entre otros asuntos.

Barreras de acceso a la atención en salud mental en el municipio de Medellín

Para elaborar una síntesis de algunas de las barreras de acceso a los servicios de salud mental en Medellín se recurrió a dos fuentes. Una de ellas fue la elaboración de una entrevista semiestructurada a una profesional en psiquiatría, quien trabaja en una institución de salud del municipio, y la segunda fue una consulta realizada a la Personería de Medellín sobre el tema. La pregunta que se realizó sobre este tópico a la médico psiquiatra fue: ¿qué barreras ha identificado que tienen las personas con algún diagnóstico de trastorno mental (por ejemplo depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, ansiedad) en el municipio de Medellín para acceder a los servicios de salud mental, específicamente, en lo que respecta a citas con especialistas en las áreas de psiquiatría o de psicología, así como lo relacionado con la entrega efectiva y oportuna de medicamentos?

La psiquiatra expresa que uno de los puntos más débiles de atención en salud en Medellín es la red de salud mental, con cualquier tipo de seguridad social –contributiva o subsidiada–: “uno les dice a los pacientes que pidan cita con un especialista (psiquiatría) y a veces le demoran la cita cinco o seis meses, hasta un año”. Con respecto a las citas con profesionales del área de psicología ella misma manifestó que a los pacientes “a veces les dan la cita con psicología más rápido, pero el profesional les dice que no los puede atender sin que también les esté dando manejo el psiquiatra porque la atención no va a funcionar”.

De acuerdo con lo mencionado por la psiquiatra se puede observar que una de las principales barreras de acceso a servicios de salud mental

en el municipio de Medellín está relacionada con la oportunidad en la asignación de cita para psiquiatría. Esto es un asunto complejo porque de la demora de una cita se deduciría que ese es un tiempo en que el consultante tampoco va a poder acceder a los medicamentos que requiera para mantener su estabilidad y funcionalidad; es decir, para mantener su salud mental. Esta situación conlleva un agravante: dependiendo del diagnóstico que tenga el paciente, la situación puede volverse crónica o empeorar los síntomas, por ejemplo, en el caso de diagnósticos como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión mayor, entre otros.

Al Observatorio del Derecho a la Salud de la Personería del municipio de Medellín, como entidad que hace parte del Ministerio Público, se le formularon las siguientes preguntas: ¿tienen informes o estadísticas sobre las barreras de acceso a los servicios de salud mental que se presentan para las personas que tienen algún diagnóstico de trastorno mental y que solicitan la atención en salud en el municipio?; ¿tienen un registro de la cantidad de derechos de petición o de tutelas que elaboraron en los últimos 16 meses (correspondiente al año 2018 y a los primeros cuatro meses de 2019) solicitando servicios de salud mental para personas que no han sido atendidas efectivamente; por ejemplo porque no les han dado cita con psiquiatría o psicología –aunque la necesiten con urgencia o prioridad– o solicitando la entrega oportuna de medicamentos? La respuesta suministrada por una profesional de la Personería de Medellín fue la siguiente: “las barreras que se detectaron fueron la falta de acceso a medicamentos y a cita con psiquiatría, no exoneración de copagos y/o cuotas moderadoras, falta de acceso a hospitalización, negación del servicio, falta de afiliación a EPS y no libre elección de la IPS”. Para acceder a estos servicios las personas suelen apelar al recurso de tutela. El total de tutelas elaboradas por profesionales de la Personería de Medellín referentes a temas de salud mental para el año 2018 fue de 847; las cuales se discriminan a continuación según el régimen de vinculación a salud que tenían las personas que solicitaron el acompañamiento. Así mismo, es relevante mencionar que, de las tutelas presentadas en el año 2018, 462 fueron solicitadas por mujeres y 385 por hombres.

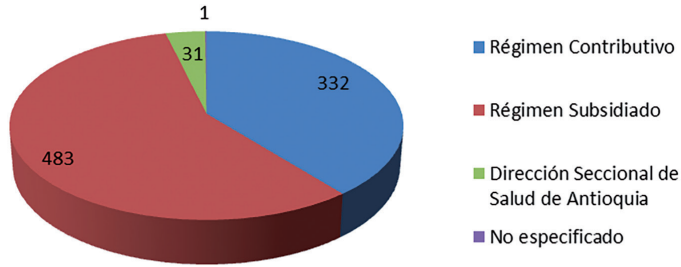


Figura 1. Distribución del número de tutelas elaboradas por la Personería de Medellín por asuntos de salud mental según régimen de afiliación en salud, para el año 2018.

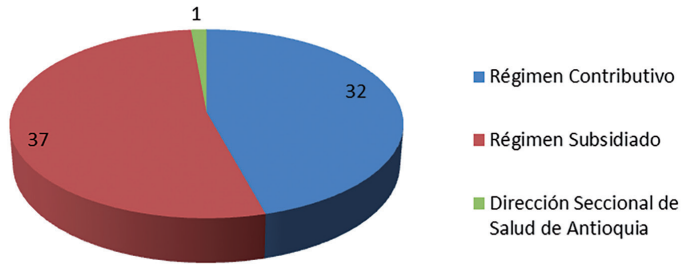


Figura 2. Distribución del número de tutelas elaboradas por la Personería de Medellín por asuntos de salud mental según régimen de afiliación en salud, para el año 2019, a corte de 30 de abril.

Dentro de las barreras de acceso a los servicios de salud mental es necesario mencionar que no solo se observan al interior del sistema de salud, sino que también se presentan algunas barreras culturales y actitudinales por parte de la familia y la sociedad con respecto a las personas que tienen algún diagnóstico de trastorno mental, como son los prejuicios, la discriminación, la estigmatización. Al respecto, el abogado Sergio Mazo, profesional de la Defensoría del Pueblo Regional Antioquia con quienes realizamos una entrevista semiestructurada en mayo de 2019, expresa que lo que ha podido observar es que para algunas personas existe la creencia que “al enfermo mental hay que ocultarlo, es el que nos hace ver a la familia mal”.

Por otra parte, desde el ejercicio profesional, la autora de este escrito ha identificado que algunas veces son las personas desde el ámbito individual quienes presentan barreras actitudinales o culturales frente a la solicitud de apoyo o atención en salud mental. Algunas manifiestan que no asisten a un psicólogo o a un psiquiatra porque “eso es para locos”. Otras personas tienen la idea de no asistir a un psiquiatra porque no quieren tomar medicamentos, por un lado, porque también lo relacionan con la noción de que “son medicamentos para locos” o porque desde sus imaginarios no quieren generar dependencia de este tipo de psicofármacos. Este tipo de situaciones son acordes con lo reportado en una investigación realizada por profesionales de la Universidad Javeriana, quienes al analizar información sobre cuáles fueron las principales razones para no consultar o buscar solución para sus problemas emocionales, nerviosos o de salud mental, encontraron que el 64,8% de las respuestas estaban asociadas a asuntos comportamentales como:

descuido; pensó que no era necesario consultar; le dio miedo que le dieran tratamiento; le preocupó lo que diría la gente si lo vieran en tratamiento; no creyó que le pudieran ayudar; no confiaba en los médicos o en quienes le atenderían; no quiso ir; no tenía tiempo; no sabía dónde prestaban ese servicio; no sabía que tenía derecho a este servicio. (González *et al*, 2016)

Lo mencionado muestra vacíos de conocimiento por parte de la población en general sobre el rol de algunos profesionales de la salud mental y sobre la importancia del cuidado de esta, debido a que el hecho de no consultar por tener este tipo de prejuicios y temores puede acentuar las dificultades de salud mental y de convivencia. Por el contrario, consultar a tiempo, es decir, cuando se empiezan a evidenciar síntomas complejos y frecuentes relacionados con la angustia, el estrés, la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia o el trastorno afectivo bipolar, entre otros, va a permitir que la intervención realizada por el especialista sea más eficaz y que esto genere que el consultante siga siendo una persona más autónoma y funcional, independientemente de su diagnóstico.

Sobre la creencia o el temor que tienen algunas personas de generar dependencia de los psicofármacos es el profesional en psiquiatría quien puede determinar si la toma del medicamento es temporal o es de por vida; lo que implica que no consultar genera, en realidad, más incertidumbre y, dependiendo del caso, cronificación de los síntomas, mayor deterioro de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales.

Reflexiones finales para promover la salud mental en el municipio de Medellín y para prevenir algunos factores de riesgo asociados a la presencia de trastornos mentales

Hay un aspecto que podría considerarse esencial para la promoción de la salud mental y la prevención de ciertos factores de riesgo; asunto que, al parecer tan básico, es posible que en ocasiones o en diferentes contextos se dé por sentado, esto es el aspecto de hablar con los ciudadanos, con las familias y con las comunidades sobre qué significa para ellas(os) salud mental. Este planteamiento se hace porque es usual encontrar en la consulta psicosocial que algunas personas refieran que algunos de sus familiares no van a psicología o a psiquiatría porque expresan que “eso es para locos y que ellos no están locos”. Además, al analizar el quehacer de algunas(os) profesionales en psicología sobre las actividades, talleres, conferencias o conversatorios que se hacen con estudiantes, familias o comunidades en situación de vulnerabilidad, pocas veces se realizan actividades que tengan como propósito específico que las personas conversen y reflexionen sobre lo qué es para ellas salud mental.

Reflexionar sobre el concepto de salud mental no necesariamente está relacionado con tener o no un diagnóstico de trastorno mental, sino que, como el término lo señala, salud mental puede ser mantener el bienestar emocional, cognitivo, comportamental y relacional; tener un propósito y un proyecto de vida; desarrollar diferentes actividades que generen

tranquilidad, bienestar y alegría a cada individuo o a cada comunidad; dependiendo de sus gustos, recursos, potencialidades y habilidades.

Es pertinente señalar que las acciones mencionadas para mantener la salud mental pueden ser realizadas por todas las personas, independientemente, de tener o no un diagnóstico de algún trastorno mental. Como se describió en un apartado anterior, las personas con trastornos pueden llevar vidas autónomas, funcionales y saludables cuando reciben tratamiento adecuado y oportuno, cuando tienen adherencia al tratamiento médico y psicológico, cuando tienen buena red de soporte familiar y social, así como cuando tienen sus necesidades básicas satisfechas (vivienda, educación, empleo, seguridad). Respecto a lo anterior, se considera relevante esta reflexión porque los profesionales de la salud o los profesionales psicosociales gran parte del tiempo están diseñando y realizando talleres, charlas, conversatorios, cine foros, actividades lúdicas o culturales, entre otras acciones, como el objetivo de abordar temáticas como la prevención del abuso sexual, prevención de la violencia intrafamiliar, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del embarazo adolescente, establecimiento del proyecto de vida, actividades de orientación vocacional, entre otras.

No obstante, pareciera que se olvida iniciar por el asunto más elemental: para los ciudadanos, las familias y las comunidades con las que se trabaja es fundamental que haya una comprensión básica del concepto *salud mental*, a la vez que es importante que articulen varias acciones al respecto del conocimiento y tratamiento del tema. Es importante en ese sentido movilizar el conocimiento tanto desde la dimensión positiva de la salud mental, como de las generalidades de los trastornos mentales desde el enfoque de la psicoeducación.

En otras palabras, los últimos postulados de este documento son una invitación a filosofar y a hacer pedagogía sobre el concepto de salud mental con las personas, las familias y las comunidades más vulnerables del municipio de Medellín y de todo el país. Esto desde múltiples finalidades: i) Aprender sobre representaciones, creencias, nociones y conceptos de

lo qué significa para ellas(os) salud mental. ii) Compartir e intercambiar saberes. iii) Aclarar dudas sobre el tema e invitar a modificar algunas nociones o creencias que sean nocivas para el bienestar psicológico de las personas, primordialmente, aquellas que no tienen soporte científico; a excepción de concepciones religiosas que hacen parte de la libertad de culto de los ciudadanos y que están amparadas en la Constitución Política de Colombia de 1991.

Lo mencionado concuerda con el siguiente planteamiento de Restrepo (2018), citado por la Mesa de Salud Mental:

Como fenómeno social, la Salud Pública tiene un objeto de estudio que define su campo de saber, pero dicho objeto de estudio es un “objeto plural”. En segundo lugar, la Salud Pública encuentra nuevas posibilidades de realización en el ámbito de las ciencias sociales para abordar problemas que resultan impensables en el marco de referencia de las ciencias naturales. Para entender el fenómeno comprensivo en la salud pública, se debe trascender de la explicación a la comprensión del objeto de la salud pública, en otras palabras, es reflexionar sobre la salud, no como un hecho, sino como una construcción simbólica, accesible a través del lenguaje y con una lectura contextual de los colectivos sociales desde perspectivas política, económica y cultural. Finalmente cabe anotar que, observada la salud como un problema lingüístico, debe permitirse un diálogo entre los actores sociales, los investigadores y el Estado, estableciendo de tal modo un entendimiento de las construcciones, sentidos y marcos de referencia semántico a través de los cuales piensan y actúan las personas, los científicos y los gobernantes en el “mundo de la vida”. (Restrepo, 2011; Mesa de Salud Mental, 2018)

Hacer pedagogía sobre el concepto de salud mental y sobre el derecho a la salud mental, es decir, trabajar en pedagogización sobre el asunto podría contribuir de forma significativa a disminuir las barreras de acceso al sistema y los servicios de salud por asuntos actitudinales, comportamentales o culturales de las personas, las familias y la sociedad en general. Así mismo, ayudaría a reducir los índices de discriminación y de estigma hacia las personas con algún diagnóstico de trastorno mental.

Es importante mencionar que en el municipio de Medellín desde hace varios años se han realizado actividades relacionadas con el día Mundial de la Salud Mental, el cual se celebra por designación oficial de la Organización Mundial de la Salud cada 10 de octubre. Por ejemplo, en algunas Instituciones de Educación Superior como la Universidad de Antioquia, el Instituto Tecnológico Metropolitano, la Universidad Pontificia Bolivariana se han realizado algunos eventos alusivos a la fecha o incluso en algunas de estas Universidades se realiza como tal una Semana de la Salud Mental en el mes de octubre. No obstante, al ser espacios predeterminados, podría considerarse que la visibilidad y el impacto sobre el tema quedan reservados a cierto segmento de la población estudiantil y académica del municipio, y no necesariamente a los sectores más vulnerables de la población. Celebrar el día mundial de la salud mental con las personas, las familias y las comunidades más vulnerables del municipio sería una estrategia interesante para complementar las intervenciones en salud mental que se vienen realizando desde hace varios años en Medellín; así como para tratar de disminuir el estigma y la discriminación, lo cual en gran parte se debe al desconocimiento, los tabúes, a ciertas prácticas culturales y a falsas creencias de gran parte de la población; las cuales en algunas ocasiones se ven reforzadas por programas televisivos y radiales de los medios de comunicación.

Bibliografía

- Acevedo, R (2018). *Debate de Situación de Salud Mental Medellín*. Concejo de Medellín.
- Caracol Radio. (2018). "El MIAS salva vidas en Medellín".
- Congreso de Colombia. (2013). Ley de Salud Mental 1616.
- González, L, Peñaloza, R, Matallana, M, Gil, F, Gómez, C. & Vega, A (2016). "Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia". En *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Bogotá: ACP.
- Mesa de salud mental. (2018). Boletín Saludable-mente. Volumen I, N-4. Medellín.
- Mesa de salud mental. (2018). Boletín Saludable-mente. Volumen I, N-9. Medellín.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Salud Mental. Colombia.

- Muñoz, C. Restrepo, D. & Cardona, D. (2016). "Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática". En *Revista Panamericana de Salud Pública*. 39 (3). (pp.166-173). OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Promoción de la Salud Mental. Informe Compendiado. Ginebra: Fundación Victorian & Universidad de Melbourne.
- Secretaría de Educación. (2019). Proyecto: "Escuela Entorno Protector".
- Torres de Galvis, Y, Restrepo, D., Castaño, G., Sierra, G., Buitrago, C., Salas, C. & Barreño, J. (2018). *Estudio Poblacional de Salud Mental de Envigado 2017*. Medellín: Editorial CES.

DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

Natalia Eugenia Gómez Rúa

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha indicado que el derecho a la salud es parte fundamental de los Derechos Humanos y de lo que se entiende por una vida digna; así mismo, este organismo señaló en 2018 que comprende los siguientes derechos: i) el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; ii) el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; iii) el acceso a medicamentos esenciales iv) la salud materna, infantil y reproductiva; v) el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; vi) el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; vii) la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

La Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas estableció en el año 2000 el derecho de las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud; y el Artículo 12 de la ONU propone los

elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. Sobre los elementos esenciales, Gañan (2013) los trae a colación cuando trata la salud como un concepto amplio, basado en el respeto por el pluralismo, por la multiculturalidad y la diferencia, por el libre desarrollo de la personalidad, las garantías de las comunidades, el respeto por las libertades de cultos, sexual, de conciencia, pensamiento y en general en el respeto por la dignidad humana. En Colombia, el reconocimiento de la salud como derecho hace parte del enfoque de derechos y se podría afirmar que es un hecho superado desde la constitución de 1991 y la aprobación de los instrumentos internacionales tales como Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización de Naciones Unidas, 1976) y el Código Iberoamericano de Seguridad Social (Código Iberoamericano de Seguridad Social, 1991), entre otros. No obstante, como lo indica Gañan (2013), la controversia sigue girando alrededor de su fundamentalidad, lo cual fue debatido por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional, 2008), reafirmando que este es un derecho fundamental directo y así lo garantiza la Ley 1751 de 2015 dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República de Colombia, 2015).

En este sentido, la protección del derecho a la salud debe entenderse como una condición sin la cual los individuos no pueden ejercer sus potencialidades y su no reconocimiento coloca al ciudadano en una condición que dista de ser una vida acorde con la dignidad humana. Por lo tanto, como anota Vélez (2015), la salud desde el enfoque de derechos comprende a la persona de forma integral, física, emocional y psicológica. Así mismo, se ha reconocido que dentro del derecho a la salud hay grupos vulnerables que requieren especial protección como las personas con discapacidad. Dentro del ámbito internacional, el instrumento más importante sobre las personas con discapacidad es la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, proclamada en el año 2006 por la ONU y ratificada en el ordenamiento jurídico colombiano en el

año 2011. En este instrumento se definió la discapacidad en las personas como “la interacción entre sus deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales y las barreras que se les impone en la sociedad para la igualdad de condiciones y participación, debido a la actitud de los demás seres humanos en su entorno” (Organización de Naciones Unidas, 2006).

De acuerdo con lo anterior, en este artículo se abordará el contexto internacional del derecho a la salud de las personas con discapacidad, su aplicación en la normativa nacional y posteriormente presentar los ejes de discusión que se han dado desde la ratificación de la citada convención por vía de tutela y que han sido de conocimiento de la Corte Constitucional. El propósito final del texto es comprender que el cumplimiento de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en materia de derecho a la salud tiene aún retos pendientes respecto a los servicios de salud.

Contexto internacional del derecho a la salud de las personas con discapacidad

En el desarrollo del derecho a la salud se ha dado un reconocimiento específico a unos grupos de protección especial por su condición de vulnerabilidad, entendida la vulnerabilidad desde la óptica de Quintero (2011), quien la ha conceptualizado de la siguiente forma:

Una condición acumulativa: los sujetos desprotegidos se ven inmersos en ocasiones en una “espiral de vulnerabilidad”. Se llama espiral de vulnerabilidad a la circunstancia en virtud de la cual a una condición de vulnerabilidad inicial (vejez, discapacidad, minoría de edad) se suma otra, debida a condiciones económicas de pobreza, o condiciones culturales de pertenencia a un grupo minoritario, tradicionalmente discriminado, lo que genera a su vez otras condiciones de vulnerabilidad y desprotección en el ámbito de la salud.

En el caso concreto de las personas con discapacidad son considerados sujetos de especial protección tanto en el ámbito internacional como

nacional. Concretamente, la citada Observación 14 de la ONU (2000) establece para este grupo que los estados miembros deberán garantizar servicios básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, aplicar la no discriminación, prestar la atención física como mental, el acceso a agua limpia potable, servicios sanitarios adecuados y acceso apropiado a los edificios. La OMS (2008), reconoce que, aunque las personas con discapacidad han dejado de ser objeto de caridad y asistencia médica para empoderarlas como sujetos de Derechos Humanos, incluido el derecho a la salud, afrontan diversos obstáculos como el acceso a los servicios de salud, el trato por parte del personal médico, violencia, ausencia de rehabilitación integral y de tratamientos preventivos para evitar nuevas discapacidades.

Igualmente, estudios como el de Samaniego (2006) han determinado que en gran parte de Latinoamérica el acceso al seguro médico depende del estado ocupacional, de modo que las altas tasas de desempleo pueden privar de cobertura a las personas con discapacidad. También se ha señalado que el personal de la salud no se encuentra debidamente calificado para atender a esta población, además de que no consideran las tecnologías de apoyo como prioritarias para las personas con discapacidad. Sobre las condiciones de salud, el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) describe que las personas en situación de discapacidad presentan altas probabilidad de adquirir condiciones secundarias psicosociales como la depresión y físicas como la osteoporosis, y tienen un alto riesgo de desarrollar condiciones concurrentes tales como gripas y neumonía y otras crónicas como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y el envejecimiento prematuro.

Ante este panorama, para garantizar el derecho a la salud, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el Artículo 25 (2006), establece que los Estados reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y que deben adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad

a servicios de salud –teniendo en cuenta las cuestiones de género e incluida la rehabilitación relacionada con la salud–. Para tales fines, también el Artículo 25 establece elementos en particular (ver tabla 1).

Tabla 1. Directrices específicas de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el Derecho a la Salud.

Presupuesto	Imperativo
Programas y atención en salud general	Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.
Servicios de salud concretos por discapacidad	Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños, las niñas y las personas mayores.
Accesibilidad a los servicios	Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales.
Obligaciones para los profesionales de la salud	Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los Derechos Humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.
Aplicación del principio de no discriminación	Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable.
Prohibición de negación servicios	Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Fuente: Construido a partir de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Adicionalmente, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el literal d) del Artículo 20 también señala que las personas en situación de discapacidad tienen derecho a las tecnologías de apoyo, y en el Artículo 26 establece el derecho a la habilitación y rehabilitación lo cual incluye el ámbito de la salud (Organización de Naciones Unidas, 2006).

En el caso colombiano, desde el departamento nacional de Planeación (2015) se han establecido los indicadores de la consecuencia de la discapacidad partiendo de un criterio biológico del estado de salud, esto hace referencia a las causas que pueden originar una deficiencia física, psíquica o sensorial ya que no incluye las barreras para la igualdad de condiciones y oportunidades. En principio podría afirmarse que se debe a la ausencia de la comprensión de la discapacidad desde el enfoque de Derechos Humanos, situación que sucede alrededor del mundo, aunque se plasmen diferentes instrumentos legales para su cumplimiento como se explica a continuación.

Normativa del derecho a la salud de las personas con discapacidad en Colombia

Los presupuestos normativos en Colombia se encuentran en las leyes, decretos, resoluciones y circulares, los cuales deben entenderse como reglas que dicen cuáles son las forma en las que se deben comportar los ciudadanos o actuar en la sociedad; indican lo permitido y lo prohibido con la finalidad que existan menos conflictos en la población (Congreso de la República de Colombia, 2018). De acuerdo con lo anterior, se considera importante presentar las normas proferidas sobre el derecho a la salud de las Personas con Discapacidad desde la ratificación de la citada Convención.

La Ley 1438 parte de un principio denominado enfoque diferencial en el cual incluye a las personas con discapacidad y pretende su atención integral, adicionalmente deja expreso la prevalencia de derechos de los menores de edad en los servicios de salud (Congreso de la República de

Tabla 2. Normas relacionadas con el derecho a la salud de las personas con discapacidad.

Norma	Año	Descripción
Ley 1438	2011	A través de la cual se plantea el principio de enfoque diferencial, atención preferente, servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas y atención integral en salud a personas con discapacidad.
Resolución 3317	2012	Por medio de la cual se reglamenta la elección y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad establecidos en la Ley 1145 de 2007.
Ley 1618	2013	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
Circular 17	2013	Obligatoriedad en el reporte de información de la población con discapacidad, beneficiaria de las ayudas técnicas entregadas en lo no cubierto por el plan obligatorio de salud (POS) y de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).
Ley 1751	2015	Es una Ley estatutaria en salud que pretende garantizarla como derecho fundamental. Establece como sujetos de especial protección a las personas con discapacidad.
Resolución 3393	2015	Por medio de la cual se reglamenta el mecanismo para la selección de los representantes al Consejo Nacional de Discapacidad señalados en los literales d) y e) del Artículo 10 de la Ley 1147 de 2007.
Circular 10	2015	Atención en salud en personas con discapacidad.
Resolución 583	2018	Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con discapacidad.
Resolución 246	2019	Por la cual se modifica el Artículo 25 de la Resolución 583 de 2018

Fuente: Construido por la autora a partir de la normativa.

Colombia, 2011). Especialmente estos postulados se encuentran acordes con la Directriz de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad orientada a servicios de salud concretos por discapacidad. Con relación a la Resolución 3317, se consagran los Comités Territoriales de Discapacidad como niveles de deliberación, construcción y seguimiento de programas, planes y proyectos constitutivos de la Política Pública de Discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b). La Comisión de Seguimiento de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad ha reconocido su papel en procesos de recopilación de datos e investigación en los diferentes Departamentos y distritos y en los procesos de asistencia técnica realizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y posteriormente por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Respecto a la Ley 1618 se adoptan medidas para garantizar el derecho a la salud como articulación entre planes y programas, en materia de salud pública concretamente se señala que se deben crear programas con acciones de promoción de derechos de personas con discapacidad, así mismo, se establecen programas de salud sexual y reproductiva, de salud mental y atención psicosocial. La misma Ley establece el sistema de registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad y sus familias, asegura la atención por parte del sistema de prevención y atención de desastres y ayuda humanitaria, propone la adopción de medidas en el Plan Decena de Salud para prevenir la discapacidad, la inclusión en los planes de desarrollo de salud y salud pública de un capítulo en lo relacionado con la discapacidad y concretamente a las EPS les establece parámetros para la atención integral de esta población (Congreso de la República de Colombia, 2013). Esta norma, que por su carácter estatutario lo que pretende es garantizar los Derechos Humanos de este grupo, se constituye en la herramienta para aplicar las directrices específicas de la Convención citadas anteriormente.

En cuanto a la Circular 17, contempla el reporte de ayudas técnicas entregadas por fuera del plan obligatorio de salud, hoy plan de beneficios,

como una forma de realizar seguimiento a la adecuada y correcta utilización de los recursos transferidos del nivel nacional a las entidades territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En últimas, debe ser el Gobierno el veedor de los dineros destinados como se plantea en este caso para las personas con movilidad reducida. También puede afirmarse que por medio de esta circular se cumple en parte con la directriz de servicios de salud concretos por discapacidad.

Frente a la Ley 1751, el Artículo 11 establece que, en entre otros grupos, las personas en condición de discapacidad gozarán de especial protección del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa ni económica y fija como obligación de las instituciones prestadoras de servicios de salud definir procesos para garantizar mejores condiciones de atención (Congreso de la República de Colombia, 2015). Estos preceptos son coherentes con las directrices de programas y atención en salud general, obligaciones de los profesionales en salud y la prohibición de negación de servicios indicados en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por otro lado, la Resolución 3393 reglamenta el mecanismo para la selección de los representantes al Consejo Nacional de Discapacidad en aras de establecer los requisitos que deben cumplir las organizaciones de la sociedad civil de la discapacidad de representación nacional que agrupen a las personas con sordoceguera, discapacidad física, visual, auditiva, mental, múltiple, de padres de familia de personas con discapacidad cognitiva y personas jurídicas cuya capacidad de actuación gire en torno a la atención de las personas con discapacidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b). La relevancia de esta norma es la participación equitativa de los actores sociales de la discapacidad.

Referente a la Circular 10 de 2015, esta se constituye como una herramienta de recopilación de los aspectos legales y jurisprudenciales que se deben tener en cuenta en la atención en salud en personas con discapacidad. En este sentido precisa aspectos relevante sobre el principio de integralidad, cobertura de los servicios en salud incluidos en el plan de

beneficios, de la provisión de los servicios en el lugar de residencia y el suministro de transporte incluidos en el plan de beneficios, de la provisión de servicios no cubiertos en el plan de beneficios, de la cobertura de servicios de salud ordenados por profesionales no adscritos a la red, de la accesibilidad a las IPS para la prestación de servicios de salud, de la habilitación de los servicios, de la prescripción clara y específica, y del conflicto de interés de los profesionales de salud. Así mismo, como lo dejó explícito el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), en esta Circular se anotó que respecto a los pacientes se pretende accesibilidad comunicativa, es decir el fortalecimiento de canales de información clara.

Otra norma relevante es la Resolución 583 por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Su relevancia radica en el papel de la EPS, en su expedición y la diferenciación de esta certificación con la calificación de pérdida de capacidad laboral. No obstante, la complejidad en la organización y operación del procedimiento ha implicado el aplazamiento del procedimiento de la certificación hasta el 1 de febrero de 2020 a través de la Resolución 246 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Aparte del citado marco normativo, debe tenerse en cuenta que el Plan Decenal de Salud Pública cita diversas normas relacionadas con el derecho a la salud de las personas con discapacidad, de las cuales se resaltan las siguientes para la vigente 2012-2021:

- Necesidad de armonizar el Plan Decenal con las políticas públicas de las personas con discapacidad y con la agenda de actuación en salud derivada de las nuevas legislaciones vigentes.
- Importancia de incluir los determinantes estructurales de la salud como acciones incluyentes para las personas con discapacidad y reconocer las capacidades diferenciales, de grupos étnicos y de víctimas.
- Reconoce las barreras en salud para las personas con discapacidad.

- Resalta que las condiciones de la persona con discapacidad además de afectarlo, impacta su entorno familiar y social, dado que puede llevar a limitar la capacidad para el trabajar y vivir de forma independiente.
- Reconoce la interseccionalidad de la discapacidad con mujeres, personas en situación de vulnerabilidad económica y personas de la tercera edad.
- Sobre la vulnerabilidad asociada a condiciones de discapacidad, reconoce que la salud como derecho es para todas las personas, pero que frente a aquellas que son denominadas “con discapacidad”, debe garantizarse el goce del más alto nivel posible de salud. Adicionalmente, precisa que para que esto se cumpla es necesario la intervención intersectorial como su participación para la inclusión social.

No obstante, en la práctica las personas con discapacidad debido a las barreras generales que presentan en los servicios de salud siguen presentando obstáculos para materializar su derecho. En este sentido, a continuación, se exponen algunos casos de tutela desde la ratificación de la Convención hasta el año 2018, teniendo en cuenta que la relatoría de la Corte se encuentra actualizada hasta la citada anualidad.

Postura de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad

La Corte Constitucional, como cabeza de la jurisdicción, conoce de manera exclusiva de los asuntos de constitucionalidad cuyo análisis le confía la Carta Política y establece, en su condición de intérprete autorizado, las reglas jurisprudenciales sobre el alcance de las normas contenidas en la Constitución. Según lo dispuesto en el Artículo 239 de la Constitución de 1991, es su responsabilidad decidir sobre la exequibilidad de los tratados

internacionales suscritos por el Estado colombiano y de las Leyes que los aprueben y revisan las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales prevista en el Artículo 86 de la Constitución.

Tabla 3. Sentencias de tutela de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad.

EJES DE DISCUSIÓN	SENTENCIAS							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Niños, niñas y adolescentes con discapacidad	T-683 T-765 T-869 T-872	T-021 T-048 T-258A T-322 T-478 T-495 T-681 T-731 T-771 T-815 T-864	T-075 T-116A T-298 T-317 T-209 T-392 T-466 T-482 T-510 T-520 T-554 T-567 T-586 T-610 T-632 T-675 T-675 T-778 T-807	T-048 T-048 T-105 T-118 T-186 T-200 T-268 T-325 T-433 T-441 T-540 T-612 T-650 T-745 T-791 T-799 T-802 T-923	T-076 T-162 T-215 T-226 T-231 T-406 T-481	T-083 T-557 T-674	T-279 T-326 T-208 T-445 T-651 T-705 T-742	T-196 T-336 T-425 T-444 T-446 T-464
Adulto mayor en situación de discapacidad			T-111	T-025 T-311				
Discapacidad mental			T-887 T-894 T-933	T-108A T-482	T-045 T-638	T-478		
Suministro de audífonos	T-952							

EJES DE DISCUSIÓN	SENTENCIAS							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Entrega de pañales y otros insumos		T-692 T-790	T-680 T-728 T-730 T-922A	T-940		T-200	T-120	T-215 T-471
Procedimientos médicos		T-750A				T-094 T-310		
Medicamentos						T-400 T-597		
Suministro de silla de ruedas		T-203 T-503	T-683	T-728			T-260	
Atención domiciliaria			T-594		T-210			

Fuente: Construido por la autora a partir de la relatoría de la Corte Constitucional.

Como se observa en la tabla 3, se rastrearon 110 Sentencias de tutela. Para el análisis se tuvo en cuenta el tema central de discusión –las personas con discapacidad–, aun así, es necesario aclarar que, en varios de los ejes planeados, aplicando los principios de integralidad y continuidad, se discutieron diferentes temas relacionados con la prestación de los servicios de salud. Para entender mejor, se presentará a continuación un análisis de los subgrupos a partir de los ejes de discusión.

Niños, niñas y adolescentes con discapacidad

En esta línea quiero detenerme en el eje de niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Las discusiones versan sobre el reconocimiento como sujetos preferentes, derecho al diagnóstico, tratamientos y citas médicas especializadas, el reconocimiento de medicamentos ordenados por el médico tratante, la protección al desarrollo integral, suministro de terapias, transporte, sillas de rueda, pañales e insumos, inclusión en el programa

“hogar gestor” como modalidad de apoyo y fortalecimiento de la familia, atención gratuita, sesiones de rehabilitación, intervenciones quirúrgicas y servicios en el exterior. En general sobre la protección a los menores de edad, en estos casos particulares, se ha indicado que el fundamento está en los derechos a la vida digna y salud:

Ahora bien, tratándose de la prestación del servicio de salud requerido por niñas, niños o adolescentes, o personas en situación de discapacidad, ha señalado la Corte que el examen de los requisitos para el otorgamiento de prestaciones en salud debe realizarse de manera dúctil, en aras de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de este tipo de sujetos. Se ha sostenido que cualquier afectación a la salud de los menores de edad reviste una mayor gravedad, pues compromete su adecuado desarrollo físico e intelectual. [...] En una aplicación garantista de la Constitución, y de los distintos instrumentos que integran el Bloque de Constitucionalidad, la jurisprudencia ha señalado que el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes debe ser garantizado de manera inmediata, prioritaria, preferente y expedita, sin obstáculos de tipo legal o económico que dificulten su acceso efectivo al Sistema de Seguridad Social en Salud. (Corte Constitucional, 2018)

Adicionalmente se ha indicado que la comprensión del derecho a la salud puede incluir ingredientes educativos:

Atendiendo al principio de integralidad, se ha manifestado que el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad puede contener ingredientes educativos. A tal conclusión ha llegado la Corte luego de identificar situaciones en las que mediante la acción de tutela se solicita la prestación de un servicio de salud que tiene inmerso un componente educativo el cual es negado por las EPS por tratarse de un servicio excluidos del POS a la luz del Artículo 49 del Acuerdo 029 de 2011. En ese sentido, ha ordenado la prestación del servicio requerido acudiendo al denominado principio de integralidad con el ánimo de garantizar mejores condiciones de dignidad de los pacientes con discapacidad. La prestación del servicio de salud de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad puede contener ingredientes educativos que pueden ser ordenados mediante tutela conforme al principio de integralidad con el objetivo de mejorar sus

condiciones de dignidad y según las reglas establecidas por la jurisprudencia constitucional para inaplicar el POS. (Corte Constitucional, 2013a)

En el caso concreto, la Corte Constitucional ordenó a la EPS acompañar a los padres para que las autoridades administrativas le prestarán a un menor de edad el servicio educativo denominado componente terapéutico sombra y en caso de que ente educativo decidiera que no era de su competencia, obligó a la EPS suministrar el mismo ya que fue ordenado por el médico tratante.

Adulto mayor en situación de discapacidad

Sobre este grupo específico la Corte ha señalado que:

a los adultos mayores se les ha otorgado una protección especial y reforzada, teniendo en cuenta sus condiciones de debilidad manifiesta, las cuales se encuentran vinculadas a su avanzada edad. En lo relacionado al derecho a la salud para los adultos mayores, el ordenamiento jurídico constitucional colombiano ha manifestado una especial protección para esta población y ha ordenado que se adopten las medidas para garantizarlas. De esta forma, el legislador quiso darle una doble naturaleza a la seguridad social, por una parte, como servicio público que obliga al Estado a su prestación, y por otra, un derecho irrenunciable que debe ser garantizado a todas las personas. (Corte Constitucional, 2014)

En este eje se identificó el suministro de medicamentos, sillas de ruedas, audífonos, exámenes, procedimientos excluidos del plan de beneficios y en general la aplicación del principio de integralidad.

Discapacidad mental

Para este caso, principalmente se ordena el tratamiento integral, entrega de medicamentos, exoneración de cuotas moderadoras y copagos e internación. Su protección se encuentra sustentada en lo siguiente:

Frente a las personas con discapacidad mental, la Organización Mundial de la Salud en el informe sobre la salud en el mundo 2001 titulado *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, señaló que el enfoque de atención a las personas que tienen algún tipo de trastorno mental ha sufrido una variación sustancial, esto es, mientras que en diferentes momentos históricos fueron tratadas solo como pacientes y cuando presentaban alguna alteración en su conducta eran aisladas de la sociedad mediante su hospitalización en grandes instituciones psiquiátricas –privadas o estatales–, a mediados del siglo XX se produjo un cambio de paradigma: “del hospital a la comunidad”, esto se dio principalmente debido a los siguientes factores: i) progreso de la psicofarmacología; ii) movimientos de Derechos Humanos en pro de la defensa de las personas con trastornos mentales; y iii) la definición de salud de la OMS que incluyó dentro de su contenido el componente social y mental. Con respecto a los componentes esenciales que integran la dimensión de asistencia para las personas que se encuentren en esta circunstancia, la OMS destacó los siguientes: a) medicación o farmacoterapia, b) psicoterapia y, c) rehabilitación psicosocial. (Corte Constitucional, 2013b)

Sobre esta discapacidad específica, los fallos de la Corte Constitucional han sido relevantes en la medida que han establecido que la asistencia comprende la atención médica, la rehabilitación, la transformación cultural de la comunidad y el apoyo a la familia, es decir, hay un reconocimiento de derechos para eliminar las barreras de la participación y la igualdad de oportunidades. Sobre temas específicos se encuentra que la Corte Constitucional ha abarcado discusiones sobre el suministro de audífonos, entrega de pañales y otros insumos, procedimientos médicos, medicamentos, suministro de sillas de ruedas y atención domiciliaria como se relación en la tabla 3. Los cuales a su vez son ejes de discusión transversales en menores de edad y adultos mayores. Sobre su fundamentación, independiente del ciclo vital de la persona con discapacidad, se encuentra el desarrollo jurisprudencial al derecho a la salud, la necesidad de la persona por la ausencia de recursos económicos y el cumplimiento de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Como puede observarse, se encuentra un mayor número de Sentencias sobre los derechos a la salud de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, quienes, de acuerdo con la línea de decisión de la Corte Constitucional, presentan mayor vulnerabilidad respecto a los servicios de salud. En general, aunque se encuentra un marco normativo amplio para la protección de los derechos de esta población, la acción de tutela sigue siendo utilizada para garantizarlos porque los demás mecanismos son ineficaces a pesar de la prohibición de negación de servicios de salud.

A modo de conclusión

Los referentes internacionales del derecho a la salud de las personas con discapacidad se encuentran básicamente en la Observación 14 de la ONU y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad; estos han ayudado a identificar que, a nivel mundial, se ha reconocido la vulnerabilidad de personas en situación de discapacidad para acceder a servicios de salud y rehabilitación. Con la finalidad de mitigar las barreras para el goce del derecho, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad ha propuesto unas directrices orientadas a programas y atención en salud general, servicios de salud concretos por discapacidad, accesibilidad a los servicios, obligaciones para los profesionales en salud, aplicación del principio de no discriminación y la prohibición de los servicios.

Respecto al marco regulatorio en Colombia, se encontraron normas del año 2012 al 2019, tendientes a garantizar el derecho a la salud en general con enfoque diferencial y preferente, la conformación de comités territoriales, reportes de información sobre suministro de ayudas técnicas, mecanismos de selección de representantes al Consejo Nacional de Discapacidad. Para su aplicación efectiva se resalta la Circular 10 de 2015 en la cual se recoge los parámetros para la atención en salud y la implementación del certificado de discapacidad a través de la Resolución 583 de 2018 modificada por la Resolución 246 de 2019. Adicionalmente

sobresalen los postulados del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2020 que resaltan, en la intervención intersectorial, lograr la inclusión social de esta parte de población.

No obstante, la importancia de los preceptos nacionales e internacionales, se encontraron 110 Sentencias de tutela, en las cuales durante el periodo 2012-2018 se abordaron casos concretos para proteger los derechos de las personas con discapacidad, especialmente relacionados con niñas, niños y adolescentes. Adicionalmente, se encontró el abordaje concreto de suministro de audífonos, entrega de pañales y otros insumos, procedimientos médicos, medicamentos, suministro de sillas de ruedas y atención domiciliaria.

Finalmente, la resolución de situaciones concretas por vía de acción de tutela para garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad deja en evidencia que los retos para cumplir la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad son amplios y requieren de la integración de la normativa, el compromiso de los promotores y prestadores de servicios en salud y la integración de políticas públicas respecto a estos sujetos de especial protección.

Bibliografía

- Código Iberoamericano de Seguridad Social. (1991).
 Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438*. Pub. L. No. Diario Oficial 47.957 de 19 de enero.
 Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley 1618*. , Pub. L. No. Diario Oficial 48.717 de 27 de febrero de 2013.
 Congreso de la República de Colombia (2015). *Ley 1751*. , Pub. L. No. Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero.
 Congreso de la República de Colombia. (2018). ¿Qué es una Ley?
 Corte Constitucional. (2008) T-760.
 Corte Constitucional. (2013a). T-567.
 Corte Constitucional. (2013b). T-933.
 Corte Constitucional. (2018). T-446.
 Departamento Nacional de Planeación. (2015). “Gobierno amplía protección a personas con discapacidad”.

- Gañán, J. L. (2013). *Los muertos de la Ley 100, prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud, una razón de su ineficacia caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo*. Tesis de Doctorado de la Facultad de Derecho y Ciencia Política. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012a). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Resolución 3317.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 583. Pub. L. No. Diario Oficial No 50.519.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 246.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Circular 17.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Circular 10.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Resolución 3393.
- ONU. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Resolución 217A(III), 5 (1948).
- Organización de Naciones Unidas (1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Organización de Naciones Unidas (2000). *Observación General 14*.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Organización de Naciones Unidas. (2016). *Informe alternativo de la coalición colombiana para la implementación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *El derecho a la salud* (1° ed., Vol. 31).
- Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). *Informe mundial sobre discapacidad*.
- Quintero, D. (2011). *La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables*. Cali: Siglo del Hombre Editores.
- Samaniego, P. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica*. Madrid: Comité Español De Representantes De Personas Con Discapacidad.
- Vélez, A. L. (2015). "El derecho a la salud: Una visión a partir del enfoque de capacidades". En *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol, 33(1). (pp.93-100) Medellín: Universidad de Antioquia.

MOVILIZACIÓN SOCIAL EN COLOMBIA
POR EL DERECHO A LA SALUD
EN EL TRABAJO EN EL SIGLO XXI.
EL CASO DE LAS ASOCIACIONES
DE TRABAJADORES ENFERMOS
POR EL TRABAJO

Mauricio Torres-Tovar

*“El capital no tiene consideración por la salud y el tiempo de vida
de los trabajadores mientras no se vea obligado por la sociedad a
tener en cuenta dichos aspectos”*

K. Marx, *El Capital*.

Introducción

Las transformaciones en el mundo del trabajo, derivadas de los cambios legales, tecnológicos y gerenciales, introducidas en los procesos productivos en las últimas décadas han profundizado las condiciones de precariedad laboral, lo que ha traído, como señala Antunes (2018) profundos impactos sobre la salud y la vida de las y los trabajadores. Debe decirse que se está viendo una situación que nos va retornando a unas condiciones de trabajo

que ya se consideraban superadas, cercanas a los orígenes de la revolución industrial, donde las jornadas de trabajo eran muy intensas y extensas, y donde las exposiciones a un conjunto de condiciones fisicoquímicas, biológicas y mecánicas, sumadas al tipo de organización del trabajo, producían altas tasas de accidentalidad, enfermedad y muerte laboral. En la práctica, se han perdido conquistas claves del movimiento como la de los tres ochos –ocho horas para el trabajo, ocho horas para el sueño, ocho horas para el ocio–, pues hoy laboramos jornadas extensas, tanto por las modalidades de pago a destajo, como por las nuevas tecnologías que mantienen conectados a los trabajadores permanentemente a sus trabajos.

Esta situación tiene referencias muy importantes en la historia del movimiento obrero, como bien lo anotó Engels (1845), en tanto los problemas de salud en el trabajo son una expresión de la confrontación capital-trabajo. De un lado, está el capital tratando de hacer el máximo uso de la fuerza de trabajo intensificando los ritmos y movimientos en el proceso productivo y extendiendo las jornadas laborales, sin interesarle los impactos que esta forma de producción haga sobre el cuerpo y la mente de los trabajadores; y de otro lado, está el trabajo buscando que la vida y la salud sean conservadas y no tengan que subordinarse a la productividad y a la acumulación de capital. En este panorama se produce una epidemia de patologías derivadas del trabajo como expresión de las condiciones de sobreexplotación y flexibilización impuestas por las nuevas formas laborales globales, lo que favorece nuevos patrones de acumulación capitalista característicos del neoliberalismo, haciendo aún más llamativa las contradicciones entre capital y trabajo, acumulación y lesión, ganancias y falta de seguridad social (Abadía, Pinilla, Ariza & Ruíz, 2012).

Estas condiciones de trabajo y sus impactos en la salud y la vida de los obreros han desencadenado históricamente la acción colectiva de los y las trabajadoras por preservar su salud, encontrándose como referentes iniciales las luchas de los obreros en Estados Unidos y Europa por el reconocimiento de los derechos laborales de las mujeres y la reducción de la jornada de trabajo. Como recuerda Alterman (2001), esta lucha

fue expresada por las costureras de Nueva York tanto en 1857 como en 1911, situación que dejó como marca histórica la conmemoración internacional del 8 de marzo y la lucha vigente por la reducción de la jornada laboral a ocho horas. Esta lucha tiene como antecedente en la historia también el movimiento obrero en 1886, que dejó como símbolo la conmemoración internacional del 1 de mayo (Hobsbawm, 1994). Posterior a estas manifestaciones se encuentran, entre las luchas destacadas, las dadas en Estados Unidos por el reconocimiento de las enfermedades profesionales producidas principalmente por la exposición a carbón y sílice (*Black Lung Movement*, de las y los trabajadores con antracosilicosis), a asbesto (*White Lung Movement*, de las y los trabajadores con asbestosis) y al polvo del algodón (*Brown Lung Movement*, de las y los trabajadores con bisinosis) (Berman, 1978).

En esta dinámica de movilización social, como recuerda Rossi (2010), tal vez la lucha obrera con mayor movilización colectiva y mayores resultados en muy diversas partes del mundo ha sido la emprendida contra la exposición al asbesto, producto del impacto negativo que produce este mineral sobre la salud de millones de trabajadores(as) y de personas del común. Esta resistencia, lucha y acción colectiva ha sido conjunta entre trabajadores y comunidades, al convertirse en un problema que sobrepasa los muros de las fábricas y que en muchos lugares del mundo ha llevado a la erradicación del uso de este mineral (Torres-Tovar & Luna-García, 2019a).

En lo que respecta a Colombia, como recuerda Archila (1989), desde luego el movimiento obrero también ha emprendido luchas de manera histórica, lo que se ha dado desde la configuración de las organizaciones sindicales. Entre estas luchas hay unas pioneras, que marcaron el camino en el propósito de preservar la salud de los trabajadores. Una primera y muy reconocida fue la impulsada por el movimiento obrero bananero en los años veinte del siglo pasado, que no fue un movimiento específico por la salud, pero sí incluyó de manera importante esta reivindicación. Como claramente lo deja ver el hecho que cuatro de los nueve puntos del pliego de peticiones exigidos en la huelga bananera estaban relacionados

con temas de salud. Como señala Tila Uribe (2018), se pidieron puntos clave como: i) establecimiento del seguro colectivo obligatorio, ii) reparaciones por accidentes de trabajo, iii) habitaciones higiénicas y descanso dominical remunerado, y iv) hospitales provistos: instrumental y drogas, higienización de todos los campamentos.

La otra referencia son las luchas emprendidas por el movimiento de obreros petroleros en cabeza de la Unión Sindical Obrera, USO, también a inicios del siglo XX. La USO emprendió una lucha por la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores, dadas las condiciones iniciales de trabajo precarias que tuvieron que soportar, y que implicó para cientos de trabajadores perder su vida (Vega Cantor, 2009). También tuvo como resultado que este sindicato entendió de manera rápida el valor de incorporar en su agenda el tema de la salud, establecer en su estructura un área de salud ocupacional y colocar en la convención colectiva de trabajo demandas a este respecto (Luna-García, 2013).

Una tercera y muy emblemática referencia es la lucha del movimiento de trabajadores del sector automotriz, en cabeza de Sintrasofasa, que de igual manera supieron interpretar que las condiciones de trabajo y las formas de organización del proceso automotriz tenían un impacto muy negativo sobre la salud de los trabajadores. Esta fue la razón por la cual en las huelgas de finales de los años ochenta y comienzos de los noventa del siglo XX hubo puntos en los pliegos petitorios donde se demandaban exigencias relacionadas con la salud ocupacional e higiene y seguridad industrial (Toro *et al*, 1993). Esto constituyó un hito en ese momento para el movimiento sindical, dada la radicalidad del sindicato automotriz por defender la salud en el trabajo.

En este contexto de luchas obreras por la salud, este texto busca describir una dinámica de movilización social por el derecho a la salud en el trabajo que se viene dando específicamente en el siglo XXI en Colombia. Para ello este texto se concentrará en la experiencia que vienen emprendiendo un conjunto amplio de trabajadores(as) y extrabajadores(as) enfermas por sus condiciones de trabajo, quienes se han organizado en

asociaciones, y a quienes ni las empresas, ni las entidades gubernamentales, ni las de seguridad social, les garantizan sus derechos laborales, de salud y de seguridad social (Torres-Tovar & Luna-García, 2019b).

En este sentido, este capítulo ubica las características de los actores involucrados en dichas asociaciones, la forma organizativa que asumen, los repertorios de acción que utilizan, las demandas que hacen, las alianzas que establecen, los adversarios que configuran y la contienda política que establecen por el control del campo de la salud en el trabajo. Con esto se busca al final plantear un conjunto de retos que hoy existen para la acción colectiva de las y los trabajadores para proteger el derecho a la salud en el trabajo.

Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo

Como lo demuestran varios estudios, publicaciones y autores (Asolaborales, 2016; Torres-Tovar, Luna-García & Ruiz, 2016; Torres-Tovar & Luna-García, 2019b), en Colombia, desde el año 2006, empezaron a emerger un conjunto de asociaciones de trabajadores enfermos por el trabajo, lo cual hoy sigue en expansión. Además, a estas deben sumarse acciones de organizaciones sindicales que también han venido incorporando específicamente la reivindicación por el reconocimiento de la enfermedad de origen laboral y la garantía de las prestaciones asistenciales y económicas que derivan de este reconocimiento (a la fecha se puede hablar de 17 asociaciones conformadas; ver tabla 1).

Hay una cobertura nacional amplia por parte de las Asociaciones, al cubrir un número importantes de regiones de Colombia que incluye la Costa Caribe (Santa Marta, Riohacha, Cartagena, así como a procesos ubicados en los Departamentos de Córdoba y Cesar), Nororiente (Santanderes y Arauca), Eje Cafetero, Centro (Cundinamarca y Bogotá) y el Sur (Huila y Meta), explicada por la presencia de los procesos productivos involucrados en varias regiones del país, vinculados con los sectores

económicos minero-energético, agro-alimentario, construcción, tabacalero, manufacturero, mantenimiento, hotelero, seguridad y de la salud (Torres-Tovar, Luna-García & Ruiz, 2016).

Este fenómeno creciente que se está dando en Colombia de demandas y movilizaciones por parte de trabajadores que han visto afectada su salud producto de las secuelas generadas por accidentes y/o enfermedades de origen laboral, puede ser analizado desde una perspectiva teórica de la acción colectiva. Esta acción permite evidenciar diversos aspectos relacionado con las formas organizativas que se configuran a partir del establecimiento de unas identidades colectivas, el repertorio de acciones conjuntas, las demandas que hacen y las propuestas que derivan; también puede verse el establecimiento de alianzas y la definición de unos adversarios, lo que llevan a configurar un campo de contienda política por la orientación de las decisiones que tienen que ver con la garantía de los derechos a la salud en el trabajo y la seguridad social.

Caracterización de los asociados

La caracterización del grupo de trabajadores y extrabajadores enfermos, obtenida de una encuesta implementada a 548 afiliados de las Asociaciones, (Asolaborales, 2016), permitió una aproximación a su caracterización en aspectos sociodemográficos, de la patología laboral, de calificación del evento, de cambios del contexto familiar y del proceso de afiliación a la asociación. Se encontró que la mayoría de los asociados son hombres principalmente en un ciclo de vida adulto, con escolaridad de técnicos y secundaria completa, pertenecientes a los estratos económicos 1 y 2, con estado civil de unión libre o casados, cabezas de familia con una responsabilidad de más de dos personas a cargo, que trabajan o han trabajado principalmente en los sectores económicos minero-energético, agro-alimentario y construcción, con más de 5 años de antigüedad en sus labores. Este perfil socio-demográfico de los asociados refiere a un grupo con limitaciones económicas que derivan en condiciones de vida

precarias, las cuales han empeorado con la adquisición de patologías y la falta de la garantía de sus derechos laborales, de salud y seguridad social, razón por la cual muchas familias se han desestructurado.

En cuanto al perfil de morbilidad de los asociados se encuentra un espectro muy amplio de patologías que relacionan con las condiciones de trabajo. El 43% refirieron solo una patología, mientras el 57% refirieron múltiples patologías, incluso llegando algunos a tener hasta ocho en simultaneo. Estas patologías comprometen principalmente el sistema respiratorio, músculo-esquelético, auditivo y cardiovascular. Por su parte, los accidentes de trabajo que han sufrido han producido principalmente quemaduras, esguinces, fracturas, lesiones de columna y pérdida de segmentos corporales –mutilaciones–. De estas patologías los asociados indican que solo el 57% fueron calificadas y de estas el 53% han sido establecidas de origen laboral. El tipo de incapacidad establecida fue en un 53% de tipo permanente y en un 47% de tipo temporal y en cuanto al porcentaje de calificación de la pérdida de capacidad laboral solo el 10 % de los casos fueron calificados con más del 50% de pérdida de capacidad laboral, y el 28% de las patologías fueron reclasificadas.

Esta situación ratifica que una parte importante de las patologías están asociadas fundamentalmente a condiciones de trabajo riesgosas, que en gran medida provocan daños permanentes, pero sin llevar a la invalidez y que un porcentaje importante son nuevamente calificadas lo que puede cambiar los derechos frente a estas.

Formas organizativas e identidades colectivas

La situación de inseguridad tanto en la estabilidad laboral, como en la protección de la salud en el trabajo y la seguridad social estableció un marco de acción social colectiva de lucha y exigibilidad por estos derechos. Esto ha llevado a la emergencia de múltiples expresiones de protesta social y de organización por parte de trabajadores y extrabajadores enfermos, a quienes ni las empresas, ni las entidades gubernamentales,

ni las administradoras de riesgos laborales (ARL), les han garantizado sus derechos. Esta situación, que los trabajadores y extrabajadores consideran está relacionada con sus condiciones de trabajo, los ha llevado a establecer vínculos entre ellos para generar procesos organizativos, bien a través de la creación de asociaciones, o bien a través de los sindicatos que incorporaron en su agenda este tema.

Esta dinámica organizativa se funda a partir de un proceso de construcción de identidades colectivas que se establecen producto del compartir patologías similares derivadas del trabajo, la ausencia de su reconocimiento, el padecimiento por el itinerario burocrático al que se han visto sometidos, y los sentimientos compartidos de sufrimiento, rabia, frustración e injusticia que se generan por estas circunstancias. Las asociaciones también establecen articulación de identidad, o bien por el sector económico al que pertenecen los trabajadores o bien por su presencia en regiones geográficas específicas. Algunas asociaciones surgen por la ausencia de sindicatos, como el caso de Asotradisnort, otras porque habiendo sindicatos estos no toman este tema como relevante, como es el caso de surgimiento de Asotrecol, algunas nacen con el apoyo de sindicatos como el caso de la Fundación Manos Muertas y en otros casos es el sindicato quien toma el problema como en el caso de la Unión Sindical Obrera.

En este sentido, desde el punto del origen organizativo se da un conjunto de modalidades: emergencia de Asociaciones donde no hay sindicatos, asociaciones que surgen con la ayuda de sindicatos, sindicatos que toman la problemática y por tanto no aparece una asociación y presencia de asociaciones en disputa con el sindicato.

Las razones para afiliarse a estas organizaciones son diversas, pero se relacionan con los elementos identitarios que configuran colectivamente, que les permite llegar a reconocer que la garantía de sus derechos pasa por una lucha tanto individual como colectiva. Proceso que se ve reforzado al ver que en estos escenarios se encuentra orientación y apoyo a la situación laboral y de salud en que se encuentra el o la trabajadora,

a través de asesorías, acompañamientos y emprendimiento de acciones conjuntas de reclamación.

Los niveles identitarios se fortalecen por el hecho que al pertenecer a la organización se recibe apoyo psicológico y moral, solidaridad, compañerismo, orientaciones para tratamiento y rehabilitación, asesoría jurídica, entre otras cosas. Esto se observa claramente en las experiencias de Fundación Manos Muertas, Asociación de extrabajadores de Colombit, Asotrecol, Asoriesgos, Asotradiscundinamarca y Asotradisnort, que se convirtieron en centro de asesoría y apoyo a los trabajadores víctimas de estas violaciones de derechos (Asolaborales, 2016).

La creación de estas asociaciones en Colombia constituye un proceso organizativo novedoso, en contraste con los sindicatos, los cuales hacen parte de formas gremiales históricas, que subsisten a pesar de las enormes amenazas y violencias contra sus miembros; situación a las cuales las asociaciones también han tenido que enfrentarse. Las asociaciones son menos formales, sin estructuras jerárquicas, y sin tanto carácter burocrático, aunque conservan mucho del protagonismo de algunos de sus líderes y están muy exigidas a mostrar resultados con sus asociados; como lograr reintegros, que se reconozca el origen laboral de las patologías, que se den indemnizaciones, para que ellos continúen confiando en su labor.

Repertorio de las acciones colectivas emprendidas

Dentro de la literatura de la acción colectiva se plantea que los actores organizados disputan la orientación del orden social a través de dos tipos de repertorios de acción, entendido el repertorio como el tipo de protesta utilizada por los actores sociales para visibilizar sus demandas en el marco de la interacción entre antagonistas (Tilly, 2004). El primero de estos repertorios es denominado como acciones colectivas no contenciosas o de derecho, referidas a las acciones que utilizan los canales institucionales para solucionar sus demandas como el caso de peticiones, mecanismos jurídicos, proyectos de Ley, entre otros. El segundo repertorio

está conformado por las acciones colectivas contenciosas o de hecho, que suelen darse agotadas las contenciosas; incluyen marchas, plantones, cierres de vías, tomas de edificios, entre otros.

Entre las acciones colectivas que han emprendido para exigir sus derechos las asociaciones se encuentran un conjunto amplio entre las que destacan acciones no contenciosas como las denuncias y peticiones administrativas a instituciones públicas de control, la instauración de procesos de demanda jurídica tanto individuales, vía tutela, como las de orden colectivo. También están las acciones contenciosas tradicionales como mítines, marchas y tomas de edificaciones, sumando unas nuevas de carácter radical como el ocupar el espacio público de manera indefinida instalando carpas, las huelgas de hambre con cocida de boca, el enterrarse, el crucificarse, el atarse a sitios de instituciones reconocidas, entre otras.

En esa línea no contenciosa están las denuncias que han hecho Asotredp, Unecol, Asotradisnort y Asotradismeta ante el Ministerio de Trabajo, contando la situación general, los riesgos que corren los trabajadores y las injusticias en casos concretos de trabajadores. En las contenciosas, están las acciones más radicales de Asotrecol, de las cuales Torres-Tovar *et al*, 2016 menciona algunas como enterrarse, hacer huelga de hambre con la boca cocida o crucificarse al frente de la Embajada de Estados Unidos; el encadenarse al frente de la entrada de la empresa en el caso de Asotradeimene o de Asotredp que protestaron con una soga al cuello frente al Ministerio de Trabajo, (Asolaborales, 2016).

Igualmente, en el repertorio de las acciones colectivas destacan las acciones de denuncia e incidencia internacional, que buscan visibilizar el problema por fuera de Colombia; en particular por parte de los trabajadores involucrados con empresas filiales de compañías internacionales. Aquí resalta principalmente el caso de Asotrecol que decidió internacionalizar rápidamente su caso, colocando una carpa al frente de la Embajada de Estados Unidos, en tanto su empresa es de origen estadounidense. Esto les permitió dar a conocer el caso en ese país, encontrar solidaridad con sindicatos allá y poder hacer lobby de su caso en el propio Congreso de los Estados Unidos.

Al analizar el repertorio de acción de estas organizaciones, se observa que replican repertorios tradicionales, tanto en lo contencioso como no contencioso; pero hay dos hechos que marcan una diferencia en lo repertorio con otros procesos organizativos y de movilización. De un lado, unas acciones no contenciosas de mayor radicalidad, que expresan el enorme desespero de estos trabajadores y extrabajadores al no encontrar respuestas de los empresarios, la institucionalidad pública y de la seguridad social. Y de otro lado, la incidencia en el ámbito internacional que, para el caso de algunas asociaciones, ha implicado visibilizar su situación en un contexto internacional desde el cual se presiona a la institucionalidad nacional y al empresariado para que le den solución a lo que demandan las organizaciones.

Demandas y propuestas

La dinámica social de conformación de estas asociaciones obedece principalmente a una respuesta colectiva frente a la vulneración reiterada de sus derechos al trabajo, a la salud y a la seguridad social, razón por lo cual el conjunto de sus demandas se relaciona con la violación de estos derechos. En relación con la violación al derecho al trabajo las demandas de un lado son, de quienes aún conservan el trabajo, que se den procesos adecuados de reubicación laboral, que no se coloque a los trabajadores enfermos en áreas de trabajo marginales, en donde ellos terminan sintiendo que no son útiles. De otro lado, de quienes fueron sacados del trabajo, que sean reincorporados, pagando los salarios caídos y generar el proceso de readaptación laboral que demande el caso del trabajador o trabajadora.

En relación con la violación al derecho a la salud, las demandas se relacionan con que los eventos de salud bien sean accidentes y/o enfermedades, reciban los procesos de atención, tratamiento y rehabilitación requeridos con oportunidad, pertinencia y calidad y que esto se enlace con una readaptación en el trabajo, para que los trabajadores continúen siendo y sintiéndose productivos. Por su parte, en relación con la

violación a los derechos a la seguridad social las demandas se relacionan con que sus problemas de salud reciban respuestas adecuadas tanto de los empresarios, como de la institucionalidad de la seguridad social dispuesta para ello. Que se establezca la calificación de origen laboral de las patologías que sufren y se establezca de manera confiable el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, ya que de esto depende el que se respeten y garanticen los derechos asistenciales y económicos derivados del aseguramiento a riesgos laborales.

Frente a los itinerarios diagnósticos y terapéuticos que tienen que padecer desde la empresa hasta la junta nacional de calificación de invalidez, como señalan Buitrago, Abadía & Granja (2017), la demanda central es que la institucionalidad pública en cabeza del Ministerio de Trabajo proteja sus derechos laborales y de salud. Una manifestación esperada es que el Ministerio intervenga decididamente sobre las empresas, para que se restablezcan los derechos perdidos. También se pide a las instituciones del Ministerio Público que actúen protegiendo los Derechos Humanos de los trabajadores que han venido siendo violados, y que obligue al Ministerio de Trabajo a que actúe con su capacidad rectora, esto permitiría que las asociaciones puedan contar con actuaciones correctas tanto de la empresa, como de las ARL y las juntas de calificación de invalidez.

Estas demandas de las asociaciones son un reflejo del conjunto de problemas laborales, de salud, de seguridad social y de libertad de asociación que se suceden de manera amplia en Colombia (Escuela Nacional Sindical, 2017). Además, en grupos laborales como los mencionados, evidencian los enormes impactos negativos sobre la salud, las relaciones laborales, familiares y sociales, y en últimas sobre la calidad y dignidad de la vida de la población que genera la riqueza de la nación.

Con relación a las propuestas que movilizan estas asociaciones, se puede referir que son de dos tipos: unas en relación con solucionar sus demandas y las otras de carácter organizativo. En relación con estas últimas, que tienen como base la comprensión de que sí son más fuertes organizativamente, de tener más incidencia y de resolver las demandas,

se han visto en el escenario de crear en 2016 la Federación Nacional de Trabajadores y Extrabajadores Enfermos de Colombia, Fenatraeco, que busca articular a las actuales asociaciones y tener un impacto mayor en las instancias de los ámbitos empresarial, de seguridad social, de Gobierno, de los organismos de control y de instancias judiciales. Además, también proponen en este aspecto organizativo, crear comités o asociaciones en cada una de las ARL que permita dialogar directamente con las aseguradoras e impulsar la conformación de nuevas asociaciones al interior de empresas con problemáticas similares.

Campo de contienda política: entre las alianzas y los adversarios

La dinámica social generada por las reformas laborales y de seguridad social y sus efectos ha establecido un marco para el impulso de acciones sociales colectivas que demandan la garantía del derecho al trabajo, a la salud en el trabajo y a la seguridad social en Colombia, inscribiéndose en una contienda política en el campo del derecho a la salud en el trabajo. Este campo de contienda política en el terreno de la seguridad y salud en el trabajo se ha establecido entre los actores que tienen la responsabilidad de garantizar que las condiciones de trabajo no deterioren la salud del trabajador, es decir, los empresarios, las ARL y los Ministerios de Salud y de Trabajo como representantes de la institucionalidad estatal; contra los actores que padecen los efectos de la no protección de la salud en el trabajo, es decir los trabajadores y extrabajadores enfermos, sus organizaciones y actores sociales y académicos que apoyan las demandas por la garantía y protección de la vida y la salud de los trabajadoras.

En este sentido, los procesos organizativos de las asociaciones han establecido unos adversarios claros dados por los empresarios, las ARL, las Juntas de Calificación de Invalidez e incluso el sistema judicial y la institucionalidad estatal, en tanto sienten que no protegen sus derechos. A estos se oponen unos aliados dados por los mismos trabajadores(as) y

sus familias, algunas ONG y actores sociales y académicos, e igualmente algunas organizaciones sociales de carácter internacional que apoyan las reclamaciones. Este campo de disputa político, por ahora, es favorable a los actores empresariales y del aseguramiento de los riesgos laborales por poseer mayores recursos de poder; debido además a la debilidad de rectoría y control por parte del Ministerio de Trabajo y del sistema judicial.

Retos de la acción colectiva de las y los trabajadores para proteger el derecho a la salud en el trabajo

Las asociaciones han alcanzado diversos logros: i) la visibilidad tanto de sus problemas de salud como la de la pérdida de sus derechos; ii) la interlocución con diversos actores sociales, institucionales y políticos para buscar resolver sus problemáticas; iii) obtención de beneficios para algunos de sus asociados como los de recibir los tratamientos médicos para sus patologías, el reintegro para quienes fueron despedidos y las compensaciones económicas a que tienen derecho; iv) llevar a que las empresas tomen acciones gerenciales y tecnológicas para proteger la salud de los trabajadores; v) convertirse en un referente para que otros trabajadores en las mismas condiciones las busquen, encontrando solidaridad, soporte emocional y asesoría para sus casos y que toman su ejemplo de lucha y resistencia para replicarlo y vi) un asunto sustancial, como lo es pasar de que se entendieran las patologías laborales como un asunto individual a uno colectivo, lo cual es la base para la configuración de los procesos organizativos de las asociaciones.

Pero esta dinámica establece también un conjunto de retos para la acción colectiva de las y los trabajadores para proteger el derecho a la salud en el mundo del trabajo, relacionada con diversos aspectos:

- Las asociaciones actualmente se encuentran en una fase reivindicativa, donde lo central son sus demandas que tienen un carácter de

reparación e indemnización. Esta fase debe complementarse, con una de mayor sentido político, que permita colocar la problemática del derecho a la salud en el mundo del trabajo como un tema sensible a la sociedad, y que esto a su vez posibilite la demanda de cambios que incluyen de manera importante la transformación de las actuales formas de producción y organización del trabajo, por ser base estructural de estos problemas.

- El movimiento sindical debe ubicar en su agenda como tema central la protección y defensa de la salud en el trabajo. Asunto demandado por la experiencia de estas Asociaciones, que en algunos casos han surgido precisamente por el vacío dejado por los sindicatos o por su posición desobligada con estos temas de salud en el trabajo.
- Se requiere articular y potenciar el trabajo de las asociaciones con el de los sindicatos, que pasa por solventar las asperezas y tensiones presentes entre estas formas organizativas de los trabajadores. Lo cual demanda un cambio de fondo en la visión y actuación de los sindicatos, para que dediquen esfuerzos humanos y económicos al tema de salud en el trabajo y para que su acción de demandas, gestión y negociación colectiva incorpore con decisión este tema y no se conforme simplemente con el tener unos delegados en los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo (COPASST), que bien se sabe son muy débiles en su capacidad de intervención.
- La experiencia de la lucha de los trabajadores afectados por el asbesto impone el reto de establecer los problemas de forma más general que particular, ubicando que determinados procesos productivos, determinados materiales, insumos utilizados en estos procesos productivos, configuran riesgos para la salud tanto para las y los trabajadores como para la población general. Lo anterior lleva a configurar formas organizativas y de acción que involucren sectores amplios de la población, sacando el tema del simple escenario laboral, para situarlo en el del conjunto de la sociedad.

- Otro gran reto tiene que ver con reconocer el contexto del mundo del trabajo que hoy tiene Colombia y ver que los sectores laborales más desprotegidos son los flexibilizados y los informales, que se encuentran desamparados de formas de protección de la salud en el trabajo, lo que demanda que tanto las Asociaciones como los sindicatos, miren hacia estos sectores de trabajadores y contribuyan a su organización, movilización y acción para establecer formas de protección a su derecho a la salud en el trabajo.
- Dada la situación denunciada por las asociaciones y algunos sindicatos, se requiere, como sugiere García *et al* (2015), hacer visibles las enfermedades laborales, en tanto sigue siendo muy baja o nulo su diagnóstico y notificación, siendo tal desconocimiento una gran dificultad para establecer procesos preventivos, que deben ser el eje de acción demandado por los y las trabajadores: evitar que ocurran los daños a la salud de los trabajadores, no esperar a que ocurran para que vengan reparaciones e indemnizaciones, la salud y la vida deben estar por encima de posible compensaciones económicas;
- El proceso de movilización social impulsado por las y los trabajadores debe contribuir a configurar un significado público y social de las enfermedades laborales, como bien lo dice Vogel (2012). Esto debe estar enfocado a permitir, de un lado, el entendimiento de que las enfermedades causadas por el ámbito laboral son problemas de orden colectivo y no solo individual, y de otro lado, que son el resultado de procesos productivos nocivos para la salud, tanto para la población laboral como general, que deben ser erradicados totalmente.

Esta dinámica de acción colectiva de las y los trabajadores descrita en este capítulo, evidencia “que continúa siendo decisivo el hecho de que es únicamente a través de la presión social como el capitalismo puede ser obligado a considerar las necesidades de los trabajadores. Esto ha sido demostrado no solo por la experiencia histórica, sino por la

experiencia actual a nivel [nacional e] internacional” (Pickshaus, 2016: 382). Por lo tanto, no se conseguirá la garantía del derecho a la salud en el trabajo sin la decidida organización y presión del movimiento de los trabajadores y de la sociedad en su conjunto, para obligar al empresariado y al Estado para que actúen a favor de la salud y la vida de los y las trabajadoras, y no a favor de la acumulación del capital.

Tabla 1. Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo conformadas entre 2006 y 2018 en Colombia.

Nombre	Año de fundación	Propósito
Asociación de Trabajadores, extrabajadores y Pensionados de la Empresa Colombit. Tiene su sede en Manizales (Caldas).	15 de abril de 2006	Organizada para la defensa de los derechos de los trabajadores por la salud y la seguridad social.
Fundación Manos Muertas. Tiene su sede en Cartagena (Bolívar).	1 de junio de 2009	Organizada para la defensa de los derechos laborales, de la salud y por la estabilidad laboral.
Asociación de Trabajadores Enfermos de Drummond Puerto – ASOTREDP. Tiene su sede en Santa Marta (Magdalena).	Sin dato	Surge para gestionar ante el Estado colombiano empresas privadas del sector minero, cooperativas, fondos de empleados, sindicatos nacionales y extranjeros, recursos económicos destinados para promover las actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los trabajadores.
Asociación de Extrabajadores Enfermos y viudas de Drummond Puerto – ASOTRADEV. Tiene su sede en Santa Marta (Magdalena).	10 de marzo de 2010	
Asociación de Trabajadores Enfermos de General Motor Colombia – ASOTRECOL. Tiene su sede en Bogotá, en una carpa situada en frente de la embajada de Estados Unidos hace 8 años.	19 de mayo de 2011	Se organiza para proteger los derechos de los trabajadores y extrabajadores y denunciar violaciones a los derechos cometidos por la empresa.

Nombre	Año de fundación	Propósito
Asociación Nacional de Usuarios del Sistema de Riesgos Laborales, Afiliados y Beneficiarios del Sistema de Seguridad Social – ASORIEGOS Colombia. Tiene su sede en Girón (Santander).	9 de septiembre 2012	Se organiza frente a la violación de derechos laborales y de seguridad social en empresas de Santander
Asociación de Trabajadores Discapacitados del Norte de Santander – ASOTRADISNORT. Tiene su sede en Cúcuta (Norte de Santander).	15 de marzo de 2013	Surge para reivindicar derechos frente a la discapacidad por enfermedad y accidente laboral.
Asociación de Trabajadores Discapacitados y Enfermos por la Industria Minero-Energética – ASOTRADEIMENE. Tiene su sede en Neiva (Huila).	1 de noviembre de 2013	Se organiza para luchar por los derechos que han sido violados por las empresas, las ARL y EPS y las Juntas de calificación de invalidez.
Asociación de Trabajadores Discapacitados de Arauca – ASOTRADISARAUCA. Tiene su sede en Arauca (Arauca)	3 de noviembre de 2014	Se organiza para prevenir las enfermedades laborales y ser un referente por la defensa de los derechos de las personas afectadas por enfermedad laboral.
Asociación de Trabajadores Discapacitados del Departamento de Cundinamarca – ASOTRADISCUNDINAMARCA. Tiene su sede en Ubaté (Cundinamarca).	27 de julio de 2015	Organizada para hacer frente a la violación de derechos laborales y de seguridad social en las empresas de minería en socavones del Departamento de Cundinamarca.
Unión de Enfermos de General Motors Colmotores – UNECOL. Tiene su sede en Bogotá.	25 de febrero de 2012	Se organiza para proteger los derechos de salud y seguridad social de los trabajadores, derechos que ha violado la empresa.
Asociación de Trabajadores Enfermos de la Floricultura. Tiene su sede en Facatativá (Cundinamarca).	Noviembre de 2013	Actuar debido a la desprotección de los trabajadores enfermos de la floricultura y buscar proteger sus derechos.

Nombre	Año de fundación	Propósito
Asociación de Trabajadores Enfermos del Carbón de La Jagua de Ibirico – ASOTRECAJ. Tiene su sede en La Jagua de Ibirico (Cesar).	7 de mayo de 2010	Reivindicar derechos laborales y de seguridad social, frente a la aplicación del Artículo 140 del CST y la necesidad de proteger a los trabajadores enfermos que vienen siendo perseguidos por las empresas mineras.
Asociación de Trabajadores Discapacitados del Meta – ASOTRADISMETA. Tiene su sede en Acacias (Meta)	15 de febrero del 2016	Agrupa en su seno a trabajadores en situación de discapacidad física del sector laboral, con el objeto de satisfacer y defender los intereses comunes de sus asociados.
Fundación Estamos Unidos “TREXV” – FUNESUNT. Tiene su sede en Santa Marta (Magdalena).	16 de marzo de 2016	Reúne a 260 personas entre trabajadores activos, despedidos y viudas de fallecidos en accidente de trabajo.
Federación Nacional de Trabajadores y Extrabajadores Enfermos de Colombia- FENATRAECO. Tiene su sede en Bogotá.	30 de septiembre de 2016	La unificación de fuerzas para la defensa y reivindicación de las condiciones de salud de todos los trabajadores afectados en Colombia.

Fuente: Elaboración propia con base en información Asolaborales 2016.

Bibliografía

- Abadía-Barrera, C., Pinilla, M., Ariza, K. & Ruíz, H. (2012). “Neoliberalismo en salud: La tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá”. En *Revista de Salud Pública*, 14(1). (pp.18–31). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Alterman, E. (2001). “8 de março: conquistas e controvérsias”. Em *Estudios feministas*, 9, (pp.601-607). Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão. O novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo.
- Archila, M. (1989). “La clase obrera colombiana (1886-1930)”. En Tirado, A (Ed.). *Nueva Historia de Colombia. Tomo III relaciones internacionales, movimientos sociales* (pp. 219-244). Bogotá, Colombia: Planeta.

- Asolaborales (2016). *Caracterización de los trabajadores y extrabajadores enfermos asociados en Colombia*. Bogotá, Colombia: Asociación de Abogados Laboralistas de los Trabajadores – Asolaborales.
- Berman, D. (1978). *Muerte en el trabajo*. Bogotá: Siglo XXI editores.
- Buitrago, M., Abadía, C. & Granja, C. (2017). “Work-related illness, work-related accidents, and lack of social security in Colombia”. En *Social Science & Medicine*, (187). (pp. 118-125). Holanda: Elsevier.
- Engels, F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. s.f.
- Escuela Nacional Sindical (2017). *Informe de Coyuntura Laboral y Sindical 2017. Objetivos de Desarrollo Sostenible estratégicos para la consecución de Trabajo Decente*. Medellín: ENS.
- García, M., Carcoba, A., Morón, R. Vogel, L. & Menéndez, A. (2015). *Qué hacemos con la salud de los trabajadores en tiempos de crisis*. Madrid: Editorial Akal.
- Hobsbawm, E. (1994). “El nacimiento de una fiesta: El Primero de Mayo”. En *Perrera Org*. Chile: Sociedad Chilena de Derechos de Autor.
- Luna-García, J.E. (2013). *Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company. Barrancabermeja, 1916-1951*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Pickshaus, K. (2016). “Nuevos riesgos para la salud en un capitalismo flexible. Respuesta de los sindicatos en Alemania”. En: O. Gallo (Ed.), *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: De la negociación al derecho* (pp.369-385). Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Rossi, G. (2010). *A lâ da Salamandra. A verdadeira história da catástrofe do amianto em Casale Monferrato*. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann.
- Uribe, M.T. (2018). “... les regalamos el minuto que falta” *Reflexiones sobre la masacre de las Bananeras*. Bogotá: Autopublicación.
- Tilly, C. (2004). *Social Movements, 1768-2004*. Estados Unidos: Paradigm.
- Toro, J., Bernal, J., Pérez, A. & Gómez, W. (1993). *La tercera pata de la mesa: Historia y cultura de los trabajadores de SOFASA*. Medellín, Colombia: Sintrauto.
- Torres-Tovar, M., Luna-García, J.E., Parra J. & Shell-Sparling P. (2016). “Acción colectiva por el derecho a la salud en el trabajo: el caso de ASOTRECOL”. En O. Gallo (Ed.), *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: De la negociación al derecho* (pp.413-442). Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Torres-Tovar, M., Luna-García, J.E. & Ruiz-Vallejo, R. (2016). “Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos. Derrota de la protección y la prevención de la salud en el mundo del trabajo”. En *Revista Cultura y Trabajo*, (92), (pp.82-91). Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Torres-Tovar, M. & Luna-García J. (2019a). “Luchas sociales por la eliminación del asbesto y por la salud”. En Luna-García, J. (Ed.), *El asbesto: perspectiva crítica desde la salud pública. Cuadernos del Doctorado* (pp.57-65). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Torres-Tovar, M. & Luna-García, J. (2019b). "Struggles for the right to health at work in Colombia: The case of associations of workers with work-related illnesses". En *Global Public Health*, 14(6-7), (pp.996-1007). Inglaterra: Taylor & Francis Group.
- Vega Cantor, R. (2009). "El petróleo y la protesta obrera". En *Cultura y Trabajo*, 78/79. (pp.35-42). Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Vogel, L. (2012). "El significado excepcional del proceso Eternit en Turín". En *Viento Sur*, 12. (pp. 89-97). Madrid: UDL Libros.

VIOLENCIA, VIDA Y POLÍTICAS
PÚBLICAS: EL VÓRTICE
DE LA VIOLENCIA EN MEDELLÍN,
MÁS QUE CONTAR MUERTOS¹⁰

Deiman Cuartas Celis; Héctor Iván García García;
María Victoria López; Carlos Alberto Giraldo;
María del Pilar Pastor Durango; Marleny Cardona Acevedo

A pesar de las importantes variaciones temporales y geográficas, se puede afirmar que la violencia que actualmente sufre la ciudad de Medellín se expresa en ciclos temporales y geográficos que se inicia a mediados de los años setenta, dado que comparte lógicas esenciales. La intención de este texto no es hacer una disertación apocalíptica, sino pensar que la violencia es un *síntoma* cardinal de la ciudad y que, por lo tanto, entender sus lógicas nos permite adentrarnos en la comprensión de cómo se ha configurado y ha evolucionado.

.....

10 Este ensayo reflexivo es una síntesis de la trayectoria investigativa y de indagación de más de dos décadas del Grupo de Investigación en Violencia Urbana, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, del cual hacen parte docentes de diversas unidades académicas.

En el estudio que realizó García *et al* (2012) *Treinta años de homicidios en Medellín*, que abarca los años 1979 y 2008, se encontró que el homicidio se convirtió en la primera causa de muerte desde 1986, y su participación del total de muertes pasó de 3.5% en 1976 a 42% en 1991 y 7% en 2006. Entre 1979 y 2008 hubo 81.166 homicidios (2.706 promedio/año). Los 81.166 homicidios ocurridos en la ciudad en los 30 años equivaldrían a más que la desaparición completa de la población que en 2005 tenían localidades como Barbosa (42.537 habitantes), Girardota (42.744 habitantes), La Estrella (52.709 habitantes) o Sabaneta (44.820 habitantes), lugares limítrofes con Medellín. El mismo trabajo presenta, como lo hace el *Informe sobre la violencia y salud de 2002* de la Organización Mundial de la Salud, un panorama de la situación de violencia en las distintas regiones y países del mundo. Si se compara con la tasa promedio mundial de homicidios que tiene el informe, que es 8.8 homicidios por 100 mil habitantes, en la ciudad, en ningún año del período estudiado, la tasa fue inferior a la mundial, superándola en 4.2 veces en 1979 y 2007; años en los que la tasa de la ciudad fue menor (44 y 37 homicidios por 100 mil habitantes). En dos de los períodos más crudos de violencia homicida, 1991 y 2002, la tasa de 388 y 177 homicidios por 100 mil habitantes superó el promedio mundial en 44 y 20 veces respectivamente. La tasa de homicidios por 100 mil habitantes fue 44 en 1979 y 47 en 2008, con un máximo de 388 en 1991.

Al describir las características de los homicidios en los 30 años por quinquenios, en una muestra aleatoria de 3.414 necropsias médico-legales se encuentra que los muertos fueron hombres en un 92.8% (IC95%: 91.8; 93.6), jóvenes con promedios de edad entre 27 y 33 años, residentes en estratos socio-económicos bajos, donde los móviles predominantes eran los ajustes de cuentas, las riñas y los atracos, según la clasificación del Instituto nacional de Medicina Legal. Entre 1979 y 2008 se evidenciaron tres periodos diferentes de la epidemia de homicidios: el primero de incremento acelerado durante 15 años, el segundo de descenso sostenido hasta 1998 y el tercero ondulante y de descenso abrupto en los

10 últimos años. En relación con estos hechos se han asociado factores políticos de larga duración como la debilidad institucional, la ausencia del Estado y las ciudadanías precarias, también factores socioeconómicos como el desempleo y las inequidades crecientes, terreno abonado para su intensificación con la agudización tanto de la expansión del fenómeno del narcotráfico, con importantes enclaves urbanos, y su confrontación armada con el Estado. Este último factor dio lugar a un ejército ilegal dispuesto para cualquier postor; como de la presencia urbana del conflicto armado interno, en especial la actuación de las milicias conectadas con los grupos guerrilleros y la emergencia y desarrollo rápido de organizaciones paramilitares que llegaron a la ciudad para quedarse. Estos actores mencionados tuvieron una presencia de intensidad variable durante los treinta años que puede estar asociada con los periodos descritos.

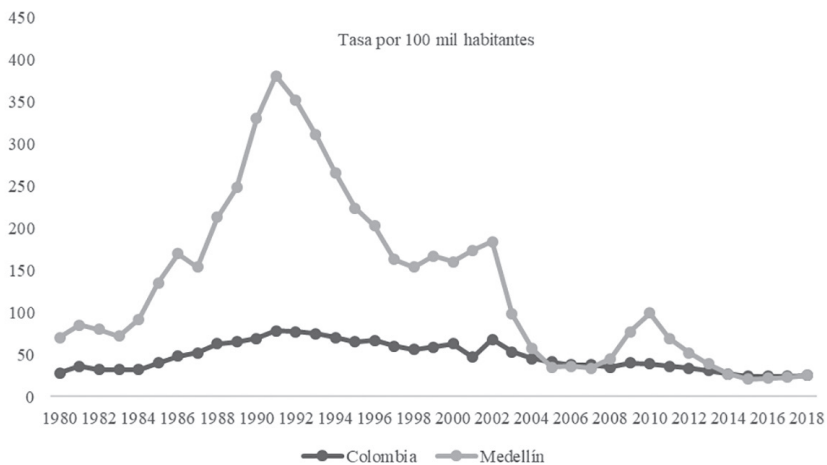


Gráfico 1. Evolución de los homicidios en Colombia y Medellín (tasa por cada 100 mil habitantes) entre 1980-2018.

Fuente: Cálculos propios con base en INMLCF, Ponal, SISC.

Algunas de las evaluaciones recientes realizadas sobre la evolución de la violencia y las políticas públicas de seguridad en Medellín han tenido

un tono optimista. Gerard Martín (2011) habla del milagro del modelo de Medellín para exaltar los logros de las administraciones de Sergio Fajardo (2004-2007) y de Alonso Salazar (2008-2011); así como de tragedia y resurrección para describir la evolución de la política de seguridad en estas dos mismas administraciones. Es evidente el tono apoteósico de su propuesta:

El Medellín de hoy no es una versión modestamente adaptada de la ciudad de finales de los 1970. Hoy es una ciudad radicalmente transformada, físicamente y urbanísticamente, pero ante todo también en su capacidad de provisionar bienes públicos a sus habitantes y, en particular, a las poblaciones y en los territorios más necesitados. (Martín, 2011, p. 14).

Aunque el trabajo de Martín es dedicado y exhaustivo, él mismo advierte que se hizo por encargo de Alonso Salazar para dejar constancia de los efectos de su administración y de la de Sergio Fajardo sobre la ciudad. Igualmente emite un concepto de evaluación del mismo tono sobre la seguridad en el comienzo del siglo XXI en el que incluye el gobierno de Álvaro Uribe (2002-2006; 2006-2010) cuando plantea que

sería un grave error subestimar lo que implica para los medellinenses la dramática mejoría de la seguridad durante las últimas dos décadas, y el radical proceso de transformación que Medellín ha venido viviendo durante esta primera década del siglo XXI. En el optimismo de los medellinenses no solamente se refleja la esperanza de una ciudad bien gerenciada, sino la de un país en proceso de consolidación de sus prácticas democráticas, de su gobernabilidad y de su gestión de la seguridad (Martín, 2011, p. 1).

De otra parte, el informe del Centro Nacional de Memoria Histórica (2017) reconoce que

Medellín es una de las ciudades que ha sufrido con más fuerza el impacto del conflicto armado en Colombia. Más allá del nefasto influjo del narcotráfico, ha sido epicentro de lo que se conoce como la urbanización de la guerra. Paramilitares, guerrillas, narcotraficantes y agentes del Estado han desplegado en esta ciudad un macabro repertorio de violencias que explican

no solo el alto número de víctimas directas sino la preponderancia de estas violencias en la memoria colectiva.

Es de resaltar que su planteamiento coloca al narcotráfico como uno de los elementos y no el todo explicativo del acumulado de violencias como suele pensarse¹¹.

En la explicación del descenso de las tasas de homicidios en la ciudad en el cambio de siglo, se invoca la estabilización del orden institucional que se inicia en la década de los noventa y se consolida con las alcaldías promovidas por fuera de los partidos tradicionales. Esto es adjudicable a la Constitución del 1991, a la descentralización municipal y a la apropiación que de esa institucionalidad nacieron las alcaldías y la ciudadanía. Estas alcaldías tuvieron lugar gracias a la coalición política de medios de comunicación, la izquierda moderada, personas sin partido y sectores del empresariado y a las ONG. Esta tendencia política asumió la alcaldía en el 2004 y dicha coalición descrita como amplia y heterogénea; además es señalada como responsable de la estabilización del orden institucional, dado su impacto sobre una ciudad fracturada y dividida, para permitir la construcción de Estado.

El informe del CNMH plantea que este proceso ha servido para darle una nueva oportunidad a toda la ciudad, a sus dirigentes y a sus habitantes, y ha creado un ambiente de optimismo que está ayudando a la

11 Uno de los aspectos más relevantes es considerar la importancia de la emergencia, consolidación y transformación del narcotráfico desde finales de la década de los años setenta y hasta la actualidad, como un elemento incidente para el deterioro en los niveles de violencia presentes en las ciudades y el país (Rubio, 1999; Sánchez y Núñez, 2001; Mejía y Restrepo, 2008; Camacho, Gaviria y Rodríguez, 2010). Los diversos estudios por lo general reseñan que el narcotráfico incide sobre los niveles de la criminalidad urbana y la violencia a través de: i) un alto nivel de ingresos con una importante capacidad de corromper al sistema político, judicial y social; ii) en tanto actividad ilícita requiere de la constitución de ejércitos privados para su protección; iii) como actividad ilegal, el uso de la violencia es el marco “institucional” que regula su funcionamiento; iv) financia diversas actividades ilegales conexas que permiten su expansión y profesionalización hacia el ámbito de la constitución de verdaderas empresas criminales.

recuperación del tejido social y de la gobernabilidad. Pero el optimismo tiene trabas dado que

la consolidación de estos logros sigue teniendo amenazas: un entorno regional muy frágil, economías informales y criminales que limitan el alcance del Estado de derecho, sectores políticos clientelistas y ambiguos en sus relaciones con el crimen organizado son retos enormes para superar la pobreza y lograr la inclusión social. (p. 106).

Por su parte, en un escrito *Seguridad en Medellín: el éxito, sus explicaciones, limitaciones y fragilidades*, Giraldo (2011) presenta como propósito el análisis del descenso de las tasas de homicidio que se inicia en 1991 y se consolida en 2002; a partir de ahí plantea que se han presentado cuatro cambios. Uno que se refiere a la transformación de los marcos interpretativos que se desplaza de adjudicar la violencia a causas socioeconómicas a hacerla residir en la lógica criminal. Los otros dos se refieren a los cambios que denomina estructurales en las tasas de violencia y cambios en las características de los victimarios. Y un último referido al aprendizaje social y político con respecto a la gestión de las políticas públicas de seguridad y convivencia expresado en la combinación de la seguridad como coerción en asocio con la centralidad del Gobierno, el urbanismo social y el fomento de los Derechos Humanos. Giraldo (2011) señala que

los avances en la construcción del Estado local; una hegemonía cierta, aunque contestada, de la fuerza pública; mayor institucionalidad municipal en las comunas y corregimientos; más y mejor coordinación con los niveles de gobierno departamental y nacional; una política pública de seguridad y convivencia más integral y efectiva; son factores que colocan a la ciudad en una situación incomparablemente mejor a la que tenía a principios de la década de 1990 de “estatalidad prestada” (Leyva, 2010) o comienzos de la década del 2000 cuando el desorden era co gestionado con grupos armados privados” (p. 26).

Aun con estas observaciones, el optimismo presente en este escrito es moderado, puesto que por un lado los indicadores de seguridad siguen

siendo inquietantes comparados con otras ciudades latinoamericanas y las amenazas a la seguridad siguen asechando para buena parte de los territorios y los habitantes de la ciudad¹².

Para seguir ampliando el panorama de análisis, vale presentar tres evaluaciones que tienen distintas formas de oficialidad puesto que hablan desde un lugar cercano a las administraciones municipales que más exaltan. Por un lado, la evaluación de Gerard Martin se hace por encargo, la del CNMH es la voz de las ONG que han participado en ese proyecto político que reconocen y Jorge Giraldo Giraldo es vocero oficioso de la Universidad Eafit, que en los últimos años ha tenido relaciones contractuales con el municipio de Medellín en los asuntos de seguridad y violencia. Estos escritos se suman a la caza de un régimen institucional y discursivo que, como señala Cuartas (2018), busca consolidar una perspectiva de análisis, pues en ellos se “aglutina un discurso científico técnico en relación con la violencia, junto con un entramado de sujetos, instituciones gubernamentales, académicas y *tanques de pensamiento*, a partir de los cuales se va construyendo un horizonte de representación acerca de los acontecimientos” (p. 187).

Esta visión optimista no es compartida por los otros observadores y analistas de quienes se hizo vocera la iglesia de la ciudad al plantear una perspectiva diferente en febrero de 2013, cuando el arzobispo de Medellín, Ricardo Tobón Restrepo, generó polémica en la ciudad al dejar abiertas 15 preguntas en las que cuestionaba diversos aspectos de la situación de seguridad y violencia de la ciudad. Su análisis, aunque coincidió con el reconocimiento de la ciudad como la *más innovadora* del mundo por el Wall Street Journal, el Citigroup y el Urban Land Institute, también hizo señalamientos urgentes: “Hemos enfrentado el problema de la violencia

12 De tener la tasa de homicidios por 100 mil habitantes (388) más alta del mundo en 1991 a salir del ranking de las 50 más peligrosas en 2016. Sin embargo, persisten los desafíos: es una de las urbes más desiguales de América Latina y la mayor de toda Colombia, con un coeficiente Gini de 0,56, mientras Barcelona tiene 0,31 (Hierro, 2016).

por donde no es. Creemos que basta con reprimir. La violencia es una manifestación de una sociedad que no logra un desarrollo integral para todos. Apuntar a una solución exige una acción conjunta y de muchos frentes” (*El Colombiano*, 2013). Su llamado es a una intervención integral y de largo plazo que concierna a toda la sociedad. Como señala Franco (2009), manifestaciones de esta índole permiten pensar que hay otros discursos sobre la ciudad que relativizan el optimismo de los planteamientos hechos con anterioridad. Esto direcciona el análisis hacia la posibilidad de contemplar que en esa visión positivista de la ciudad hubo un empecinamiento en cosechar distinciones y reconocimientos; quizás por ello otras perspectivas de análisis se han invisibilizado.

De cara a lo mencionado anteriormente, se considera en esta investigación que algunos referentes conceptuales les pueden abrir espacio a otras perspectivas. Por ejemplo, Useche (2003), citando a Delgado (1999), propone una distinción entre la *urbe* y la *polis*: la primera se refiere a la expresión de la sociedad sobre sí misma, la manera como se da forma ella misma, la cual es inacabada, inconclusa, proteiforme; en cambio la *polis* se refiere al orden político, encargado de la dirección de la ciudad, su administración. En esta lógica, la emergencia permanente de lo urbano le hace objeciones a lo político; de ahí que la lógica de la ciudad, en tanto lo urbano, resulte sorpresiva, indomable e impredecible. La urbanidad, contrario al sentido tradicional “designa más el trabajo de la sociedad urbana sobre sí misma que el resultado de una legislación o de una administración, como si la irrupción de lo urbano estuviese marcada por una resistencia a lo político” (Useche, 2003, p. 161).

De aquí se deriva que es necesario discriminar si el evaluador de la política pública de seguridad o el investigador de la violencia tienen su lente puesto sobre la *polis* o en la *urbe*. En el primer caso, las explicaciones, y por lo tanto las políticas, fluyen, en el segundo hay una mayor incertidumbre. Así pues, los marcos referenciales son divergentes; de hecho, es fácil colegir que al gobernante no le gusta la incertidumbre. Un efecto de esta distinción es el desmonte de la ilusión de que a unas políticas

corresponden unívocamente unos efectos en términos de seguridad y de disminución de tasas, particularmente de homicidios. En esa primera perspectiva, el gobernante se adjudica el descenso de las tasas y titubea cuando se trata de hablar de los ascensos y promete intensificar las medidas en favor del orden, esencialmente de orden público para bajar las tasas. En la segunda habrá que tener en consideración los imponderables y los incontrolables¹³.

En la mirada del urbanismo que se ha enunciado se privilegia una visión *molecular* de la sociedad urbana. Esa visión se contrapone a una visión totalizante que procura una especie de imagen homogénea coincidente con el relato de ciudad que privilegia la sociedad mayor y que orienta las dinámicas sociales, económicas y políticas que generan una imagen de continuidad, permanencia y orden. Esta visión enfatiza las particularidades sociales, geográficas, culturales, generacionales que configuran una especie de mosaico multicolor y polimorfo:

Contrariamente a los intereses dominantes por controlar las intensidades sociales y ordenar los flujos económicos, políticos, culturales, de información, entre otros, las sociedades urbanas configuran una intrincada red de relaciones que se caracterizan por la alta movilidad de sus flujos y la agitación permanente de sus moléculas [urbanas]. (Useche, 2003, p. 160).

En consonancia con esa discusión y en términos de la globalización, la ciudad de Medellín se caracteriza por ser un espacio social en el que tienen lugar muchas paradojas, en especial frente a la calidad de vida. Una marcada por un proyecto de ciudad que cada vez más se configura como ciudad global, metrópoli, polo empresarial, centro turístico y comercial,

.....
13 Esto remite, por ejemplo, a la distinción que Rancière (2009) se suele hacer entre “política” y “policía”. Aludiendo con la primera al carácter instituyente de las formas de interacción humana que implican lo indecible y siempre contingente de la constitución de la *insociable* sociabilidad humana. Con la segunda se alude a la gestión del conflicto social, y en general, a la búsqueda de un orden social e institucional como continuidad y previsibilidad.

y principal eje de la innovación; pero que conlleva secuelas indeseables como el turismo sexual y de sustancias psicoactivas. Es decir que hay una dicotomía entre los grandes negocios en el borde de la legalidad y de la moralidad, hasta los abiertamente ilegales como los fondos de captación de capital y los relacionados con la construcción. Otra paradoja, en la que perviven las dinámicas de migración urbana, es que la ciudad es uno de los principales centros de recepción de población en situación de desplazamiento forzado y de desalojo intraurbano, por lo que registra altas tasas de desempleo, de economía informal, de agudización de la pobreza y de las inequidades (Franco, 2011). Son las lógicas que se desatan de las condiciones de globalización neoliberal para producir una ciudad admirable y, a la vez, catastrófica, como dice Cuartas *et al* (2011), de altos estándares de desarrollo que coexisten con múltiples precariedades.

Con las consideraciones anteriores se puede mirar el fenómeno de la violencia en el largo plazo, dejando a un lado los períodos de gobiernos y se va más allá de las tasas como la forma de describir esa realidad. Por tanto, es más adecuado hablar de oscilaciones periódicas del número de homicidios. Ahora bien, si se amplía el campo de mira y se incluyen otras formas de violencia como la desaparición forzada, el rentismo ilegal de los servicios, la apropiación territorial y el desplazamiento intraurbano, podría decirse que esencialmente la violencia no ha cambiado, sino su apariencia. En la óptica molecular para analizar lo urbano y particularmente la violencia tiene cabida el concepto de *escenarios de homicidio* como una forma de discriminar los aspectos geográficos, históricos, sociales, económicos y personales atinentes tanto a la víctima como al victimario. En otras palabras: ir más allá de *contar los muertos*. Lo anterior, dirán Camacho & Guzmán (1990), se definen como los espacios de relación entre la acción violenta y las dimensiones estructurales de la sociedad, entre el evento y la red de relaciones en la que ocurre el acto violento. Se trata de un método analítico-sintético, el cual consistente en la descomposición del acto violento tanto en hechos particulares, como en aquellos rasgos de los mismos que pueden explicarse por la existencia de ciertas lógicas

del acontecer social. Se utilizan como fuentes de los datos el acta del levantamiento del cadáver, relato corto de los hechos recuperado por la Fiscalía, la autopsia y fuentes secundarias en torno al hecho y su contexto (Cardona *et al*, 2005).



Nivel de Riesgo:

Sin riesgo:  Riesgo bajo:  Riesgo medio:  Riesgo alto: 

Mapa 1. Riesgo de muerte por homicidio según barrio de residencia. Medellín, 1990-2002.

Fuente: Cálculos propios.

El mapa representa la distribución del riesgo de muerte por homicidio según barrio de residencia. El cálculo se hizo con base en los datos

de homicidios entre 1990 y 2002. Se puede colegir la relación entre la estratificación y la subsecuente segregación geográfica de la ciudad y el riesgo de morir. Este tipo de consideraciones les dan marco a los alcances del concepto de escenario con consideraciones como que la relación del riesgo de morir si se vive en el Popular (Comuna 1, uno de los territorios con mayores niveles de desigualdades y precarias condiciones de vida) y el Poblado (Comuna 14, territorio con los mayores indicadores sociales y estándares de vida en la ciudad). Ahora bien, los componentes que se contemplan para configurar el escenario en relación con un homicidio debían tener un potencial explicativo: i) características del hecho, ii) móvil (objetivo), iii) intencionalidad (motivación), iv) objeto en disputa, v) coyuntura de la época, vi) vecindad, vii) organización, viii) condición de la víctima, ix) grado de racionalización y, x) carácter del hecho.

De los agrupamientos de los componentes anteriores se discriminaron distintos escenarios que hablan de las composiciones de elementos que diferencian las formas de morir en la ciudad:

1. **Violencia territorial:** se refiere a enfrentamientos entre grupos con algún grado de organización en la búsqueda de apropiarse o ejercer dominio sobre sectores de la ciudad. Implica un referente geográfico con delimitaciones espaciales o simbólicas.
2. **Violencia política e ideológica:** se ejerce para alcanzar un estatus de poder privilegiado y/o imponer una ideología y/o para evitar que el otro lo consiga.
3. **Violencia por intolerancia social:** se configura cuando la violencia se ejerce para imponer unas condiciones de vida acordes a una concepción “ideal” de sociedad.
4. **Violencia mafiosa:** Violencia asociada al narcotráfico y a otras actividades ilícitas organizadas.
5. **Violencia por apropiación de bienes:** relacionada con actos donde prima más el interés económico, que el de eliminación de la víctima.

6. **Violencia relacionada con conflictos personales:** se presenta cuando el homicidio no resulta de un acto racional, sino que hay más un componente emocional (impulsivo).
7. **Violencia por reivindicación económica o del honor:** se configura cuando se asesina para reivindicar un interés moral o material entre dos actores previamente conocidos (persona-persona; persona-grupo; grupo-grupo) y el objeto en disputa está en relación directa con ambos actores.
8. **Violencia indiscriminada:** Se refiere a las circunstancias en la que la víctima no es el blanco del perpetrador.
9. **Escenario no determinado:** aquel en el que no se logra diferenciar un escenario. Este no corresponde necesariamente a una categoría residual, sino que puede relacionarse con la intención del homicida de borrar la posibilidad de hacer una construcción explicativa sobre el hecho.

Como es posible hacer distinciones geográficas, también se pueden diferenciar momentos de la ciudad en los que los homicidios se expresan de distinta manera por los escenarios que se configuran. Con base en la presentación anual de los escenarios de homicidio durante los años 1990-2002 identificados en la ciudad, se delimitan tres periodos que comprenden trece años de análisis. Cada uno de estos periodos estuvo marcado por la preeminencia de un escenario particular (ver tabla 1):

- De 1990 a 1993 primó la *violencia asociada al narcotráfico y a otras actividades ilícitas organizadas*.
- Entre 1994 y 1998 predominó la *violencia por reivindicación económica o del honor*.
- El periodo 1999 a 2002 estuvo definido por el *escenario de violencia territorial*.

Los períodos establecidos pueden ubicarse en correspondencia con fenómenos coyunturales; en cambio el escenario de homicidio de

Tabla 1. Posición de los escenarios de homicidio por períodos en Medellín, 1990-2002.

Posición	1990 - 1993		1994 - 1998		1999 - 2002		2003 - 2002	
	Escenario	%	Escenario	%	Escenario	%	Escenario	%
1°	No determinado	45.7	No determinado	45.1	Violencia territorial	36.0	No determinado	40.1
2°	Violencia asociada a narcotráfico	21.6	Violencia por reivindicación económica o moral	22.1	No determinado	29.5	Violencia territorial	17.5
3°	Violencia por reivindicación económica o moral	7.8	Violencia territorial	16.2	Violencia por conflictos personales	12.1	Violencia por reivindicación económica o moral	10.3
4°	Violencia por apropiación de bienes	7.6	Violencia por apropiación de bienes	5.9	Violencia por intolerancia social	8.4	Violencia asociada a narcotráfico	7.7
5°	Violencia por intolerancia social	6.3	Violencia por intolerancia social	3.3	Violencia por apropiación de bienes	6.0	Violencia por conflictos personales	7.0
6°	Violencia por conflictos personales	5.7	Violencia por conflictos personales	3.1	Violencia indiscriminada	4.7	Violencia por apropiación de bienes	6.5
7°	Violencia política e ideológica	3.6	Violencia política e ideológica	1.8	Violencia política e ideológica	1.9	Violencia por intolerancia social	6.0
8°	Violencia indiscriminada	1.1	Violencia indiscriminada	1.5	Violencia por reivindicación económica o moral	1.1	Violencia política e ideológica	2.4
9°	Violencia territorial	0.6	Violencia asociada a narcotráfico	1.1	Violencia asociada a narcotráfico	0.2	Violencia indiscriminada	2.4

Fuente: Cálculos propios.

violencia indeterminada sugiere explicaciones más de orden estructural posiblemente relacionadas con la impunidad. Es de anotar que el escenario de homicidio de *violencia indeterminada* predominó desde el inicio de la década hasta 1998 con más del 45% de las muertes.

En el período 1990-1993 los homicidios en Medellín mostraron un predominio del *escenario de violencia asociada al narcotráfico y otras actividades ilícitas organizadas*, lo cual resulta coherente, dada la correspondencia de este hallazgo con el conocimiento histórico que se tiene. En ese tiempo la ciudad presentaba un panorama especialmente trágico cuya característica más notoria fue el terrorismo propiciado por los narcotraficantes y el ascenso de las cifras de homicidios, que alcanzaron niveles nunca vistos. En ese entonces se desarrollaba la guerra entre el Estado y el narcotráfico y gran parte de los homicidios son atribuibles a esa confrontación. Sin embargo, el número de muertos se incrementó por la respuesta legal e ilegal de la Policía y de los cuerpos de seguridad del Estado.

En cuanto *violencia territorial* llama la atención la baja distribución porcentual, lo que no quiere decir que esta haya tenido tan baja incidencia, sino que este escenario resulta enmascarado por un proceso que para la época fue más notorio: el narcotráfico. Entonces, este hizo incursión en las organizaciones barriales (bandas juveniles) desarrollando ciertas formas de solidaridad, de territorialidad y nuevos códigos y lenguajes. De igual manera el narcotráfico permea el *escenario ideológico y político* vía la confrontación de intereses con el Estado encaminados a proteger a sus miembros de sanciones penales y de ocupar puestos de representación.

De 1994 a 1998 la presencia de bandas acentuó el *escenario de violencia por reivindicación económica o del honor*. Para este período se dan dos hechos que se potencian en su caracterización: la muerte de Pablo Escobar (1993), que deja, por un lado, una estela de prácticas delincuenciales ya no canalizadas por su estructura y, por el otro, el decaimiento y desregulación del proyecto miliciano y su reinserción en la forma de una cooperativa de vigilancia, Coosercom. Al accionar de los milicianos se le sumó el de las bandas que se organizaron para combatirlos. Es entendible

que los escenarios de homicidio de esta época comporten la presencia de una lógica de territorios como complementaria y facilitadora de la operación de las bandas.

Al período 1999 a 2002 lo marca la decisión política de la guerrilla de urbanizar su guerra y el traslado del accionar de las autodefensas a la ciudad. Los grupos guerrilleros se apoyaron para su accionar en distintos grupos milicianos y las autodefensas se apoyaron en las bandas armadas barriales. Característicamente se dan enfrentamientos entre unas milicias y otras, entre unas autodefensas y otras y entre las milicias y las autodefensas. Igualmente, un combatiente puede pasar de un bando al otro, cambiarse de brazalete, según la correlación de fuerzas. En este contexto se da una primacía de la *violencia territorial* que tiene dos expresiones: de un lado el territorio que para los grupos con expresión nacional tiene un valor táctico como corredor de movilidad y de aprovisionamiento y, del otro, el territorio como expresión local de poder. A este escenario de homicidio se le superpone la *violencia política e ideológica* que aparece soslayada por lo territorial, pero que evidencia como la ciudad se convirtió en espacio de la disputa por la preeminencia política entre las guerrillas y las autodefensas para lo cual utilizaron instrumentos urbanos.

Los hallazgos aquí planteados son la muestra de un fenómeno complejo, de carácter proteiforme, diverso, polideterminado, que se resiste a las simplificaciones, tanto en su caracterización como en la formulación de alternativas y, que en general, produce una brecha tozuda entre las políticas y sus logros (Oliveros, Giraldo & Giraldo, 2011; Dávila, 2018).

Notas sobre una continuidad ominosa

En los aspectos descritos y analizados hasta el momento y que tienen como estrategia analítica y metodológica los *escenarios de homicidio* para la comprensión de los fenómenos persistentes de violencia en la ciudad, es posible deducir también como un rasgo sustantivo la existencia de jóvenes involucrados en sociabilidades marginales. Con esto se hace

referencia una sociabilidad constituida en grupos que potencian su accionar fuera de la legalidad, como un denominador común en la ciudad de Medellín, en las zonas de frontera desde mediados de los años setenta y que se prolonga hasta la época actual. Jóvenes de vida corta¹⁴ que satisfacen en ese entorno sus necesidades de ser adultos, de tener dinero, de tener un espacio social de reconocimiento, de proveerse de las oportunidades que su familia no les puede brindar, incluso de ser proveedores económicos de una familia en condiciones precarias.

No se trata de un fenómeno exclusivamente juvenil, como señala Briceño (2008), dado que es un accionar que coexiste con las demás expresiones de los colectivos en los que se desenvuelven. Tampoco, como anotan Salama (2008) y Galindo (2019), es una expresión característicamente mortífera, puesto que coincide con las expresiones vitales de las que se ocupan las comunidades en las que viven, comunidades que no los consideran como extraños y que les asignan funciones de suplencia de necesidades colectivas como es la de ser fuente de seguridad para la comunidad y agentes de justicia; esto principalmente dado ante un abandono estatal. Sobre este sustrato más estructural, se asientan fenómenos que hablan de propósitos ajenos a las comunidades que tienen un carácter más coyuntural, como los derivados del narcotráfico, la guerrilla, las autodefensas, la economía criminal y otros intereses menos visibles. Estos últimos actores tienen como característica el ser fuente de poder, de dinero, de mayores capacidades logísticas y de generar lazos de pertenencia y de fidelidades a las que los jóvenes se someten sin reservas mientras dura su hegemonía en el territorio que habitan, pero que los puede cambiar, si las circunstancias se modifican.

.....

14 La población joven es la principal afectada por la privación del derecho a la vida, del total de víctimas durante los años 2017 y 2018, el 50% (486 casos) se encuentran entre los 14 y los 28 años. Este es un comportamiento que se ha presentado históricamente en la ciudad de Medellín, donde los jóvenes representan entre el 45% y el 65% del total de las víctimas de homicidio entre 1979 y 2018 (Alcaldía de Medellín, 2018: 12).

Desde esta perspectiva podemos configurar un personaje multifacético: un joven, recluido en una zona de frontera, sin posibilidades de acceder a las oportunidades que genera la ciudad formal, que en ocasiones autoconstruye sus oportunidades, pero que predominantemente está dispuesto a las que vienen de afuera y, por lo tanto, deambula de un escenario al otro. Una vez ejerce como testigo, en otra de victimario, en otra de víctima y en otra surge a pertenecer a los espacios de la reclusión o cárcel. Sobre este panorama se configuran diversos escenarios en lo temporal y lo espacial (López *et al*, 2014).

Con este análisis, panorama y enfoque se intenta prevenir a las personas de los estereotipos que ubican a los victimarios de un lado y a las víctimas de otro, que estigmatizan a zonas de la ciudad como peligrosas y fuentes de violencia, para pensar que en esas zonas habitan los que van a morir y que, en los mismos espacios, en los que tiene lugar la violencia y la criminalidad se fragua la vida. Este planteamiento permite responder al propósito de avanzar más allá de contar los homicidios, hacia generar construcciones que tengan potencial explicativo, que abran alternativas de solución y que recuperen la palabra de las víctimas ya producidas y de las potenciales. En la última década ha habido una transformación en la que hay un predominio de actividades delictivas menores en cuanto se trata de una forma de intercambio al menudeo, pero que se ejercen a gran escala y con sentido de empresa como son el microtráfico, cobro de extorsiones a agentes económicos menores (tenderos, conductores de bus, vigilancia obligada, prestamos onerosos y otros), en el marco de un control social informal (Tobón & Valencia, 2015; García, 2018).

Queda por establecer la dinámica de los escenarios según la evolución de la ciudad en los tres últimos quinquenios en los que se han posicionado las oficinas como empresas delictivas que trabajan por encargo; reforzando así, como informó la Alcaldía de Medellín (2018) y a lo que se suma Amaya (2019), nuevas formas de la disputa de los territorios, el rentismo al menudeo y la confrontación entre la autoridad municipal y los grupos ilegales.

Hay unos determinantes estructurales relacionados con la exclusión y la segregación social en una ciudad demasiado visible en términos de desigualdad social, situación que se ha profundizado en las últimas décadas y que impide que las nuevas generaciones de jóvenes se integren plenamente a la sociedad. Esta falla estructural y repetitiva ha hecho que las nuevas juventudes busquen formas alternas de integración en sociabilidades marginales, lo cual es el terreno para actividades delictivas que les permiten tener dinero, ejercer su condición de adultos, plegarse a los patrones de consumo globalizados, adquirir poder y representación así sea de manera efímera, después de lo cual viene la cárcel o la muerte. En una perspectiva de ilusión de cambio se pasa por alto que, como parte de la brecha entre la ciudad informal, el gobierno local y los sectores hegemónicos se fraguan otras formas de habitar la ciudad, otros lenguajes, otras formas de valorar la vida propia y la de los otros, otro tipo de evolución moral y de relación con la legalidad, otras variantes de la compasión y de reacción frente al horror, nuevos significados de la otredad, formas asociativas precarias y diversos tipos de rentismo forzado e ilegal, que son signo de otra forma de la fragmentación social. Como bien dice Giraldo (2005), en Medellín pacieran convivir muchas ciudades en un mismo territorio, de tal modo que la ciudad que se configura depende de la ubicación del observador.

En correspondencia con lo anterior, más allá de la seguridad provista por el Estado, la población siente la necesidad de proveerse seguridad legal o ilegal, convencional o no convencional por fuera del Estado, lo cual debilita la política pública de seguridad, amén de la resistencia del Estado local para dejarse interpelar y abrir los espacios de participación en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad¹⁵. Finalmente es necesario tener como horizonte la

15 Al respecto, Natalia Maya, en una columna publicada en el periódico *El Mundo* (abril 9 de 2019) comenta lo siguiente: “En septiembre de 2015 el Concejo de Medellín aprobó, mediante el Acuerdo 21, la Política Pública de Seguridad y Convivencia de

claridad que un crecimiento sostenible de ciudad pasa por la ampliación de capacidades humanas con justicia que cumpla con el más precioso e íntimo objetivo de la vida, el cual es, como señala Lin (2012), “mejorar su autoestima como miembro de una sociedad que funcione bien. Por lo que el pensamiento sobre el desarrollo versa realmente sobre la economía de la dignidad”.

Bibliografía

- Alcaldía de Medellín. (2018). Presentación: Seguridad integral. Mesa de trabajo sobre Seguridad y Convivencia Ciudadana.
- Alcaldía de Medellín, Secretaría de Seguridad y Convivencia, Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC), Instituto de Estudios Regionales (INER) – Observatorio de Seguridad Humana. (2018). *La extorsión en Medellín como fenómeno del orden social, poder político y control territorial*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Amaya, C. (1 de junio de 2019). “Los violentos siguen mandando en Bello”. *El Espectador*.
- Briceño-León, R. (2008). “La violencia homicida en América Latina”. En *América Latina Hoy*. (50). (pp.103-116). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Camacho, A. & Guzmán, A. (1990). *Colombia ciudad y violencia*. Bogotá: Foro Nacional.
- Camacho, A., Gaviria, A. & Rodríguez, C. (2010). “El consumo de droga en Colombia”. En *Documentos, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico*. (22). (pp.1-29). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Cardona, M., García, H., Giraldo, C., López, M., Suárez, C., Corcho, D. & Posada, C. (2005). Escenarios de homicidios en Medellín (Colombia) entre 1990-2002. *Revista Cubana Salud Pública*, 31(3). (pp.202-210) Cuba: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

.....

la ciudad, un Modelo Integral de Gestión Local en cuya formulación participaron diversas organizaciones sociales, bajo la coordinación de la Secretaría de Seguridad, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc) y la Universidad Eafit. (...) Sin embargo, pese a que en su momento algunos sectores académicos y sociales celebraron –no sin escepticismo– que en Medellín se estuviera avanzando en la formulación de políticas de gobierno a “políticas de Estado” a largo plazo; desde el primer año de la Administración de Federico Gutiérrez fue evidente que las premisas de “construir sobre lo construido” y promover la participación se mandaron al traste, así como la Política Pública en su conjunto” (Maya, 2019).

- Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH). (2017). *Medellín: memorias de una guerra urbana*. Bogotá: CNMH- Corporación Región, Ministerio del Interior, Alcaldía de Medellín, EAFIT y Universidad de Antioquia.
- Cuarta, D., Zapata, O., Cardona, M. & Giraldo, C. (2011). "Medellín global: fragmentaciones del desarrollo en la primera década del siglo XXI". En *Suma de Negocios*. 2(1), (pp. 31-48). Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Cuarta, D. (2018). *Los nuevos estudios sobre las causas de la violencia en Colombia: giro epistemológico implicaciones políticas e institucionales, 1990-2010*. Tesis doctoral de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Ecuador, Quito.
- Dávila, L. (2018). *Reglas, crimen y orden. Un estudio sobre seguridad en Medellín*. Medellín: La Carreta Editores.
- Editorial. (30 de mayo de 2019). "Detener la racha homicida". *El colombiano*.
- Franco, V. (2009). *Orden contrainsurgente y dominación*. Bogotá: Instituto Popular de Capacitación, Siglo del Hombre Editores.
- Franco, V. (2011). *Medellín: orden, desigualdad, fragilidad*. Medellín: Corporación Jurídica Libertad.
- Galindo, J. (17 de marzo de 2019). "El arduo camino para reducir la violencia urbana en Latinoamérica". *El País*.
- García, H., Giraldo, C., López, M., Pastor, M., Cardona, M., Tapias, C., Cuarta, D., Gómez, V. & Vera, C. (2012). "Treinta años de homicidios en Medellín, Colombia, 1979-2008". En *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9). (pp.1699-1712). Rio de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca.
- García, Y. (2018). *Extorsión: el "gran negocio" del crimen organizado en Medellín*. Medellín: Instituto Popular de Capacitación.
- Giraldo, C. (2005). "De la verdad a la reparación en el conflicto colombiano". En Simposio: *Violencia, dolor y duelo: a propósito de la verdad, la justicia y la reparación en el actual conflicto político militar colombiano*. Medellín: Asmedas.
- Giraldo, J. (2011). *Seguridad en Medellín: el éxito, sus explicaciones, limitaciones y fragilidades*. Medellín: Sistema de Información en Seguridad y Convivencia (SISC) de la Secretaría de Gobierno de Medellín y Eafit.
- Hierro, L. (junio de 2016). "Ciudades espejo". *El País*.
- Lin, J. (2012). *The Quest of Prosperity. How Developing Economies Can Take Off*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- López, M., Pastor, M., Giraldo, C. & García, H. (2014). "Delimitación de fronteras como estrategia de control social: el caso de la violencia homicida en Medellín, Colombia". En *Salud Colectiva*, 10(3). (pp.397-406). Argentina: Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús
- Martín, G. (2011). *Medellín, tragedia y resurrección. Mafias, ciudad y Estado 1975 - 2013*. Medellín: La Carreta Editores.
- Maya, N. (09 de abril de 2019). "La política pública de seguridad y convivencia que Fico engavetó". *El Mundo*.

- Mejía, D. & Restrepo, P. (2008). The War on Illegal Drug Production and Trafficking: An Economic Evaluation of Plan Colombia. *Documentos CEDE*, Universidad de los Andes, (19), 1-59.
- Oliveros, J., Giraldo, L. y Giraldo, C. (2011). Violencia homicida y políticas públicas en Medellín, 2003-2009. En Olga Zapata (Coordinadora). *Investigación en gobierno y políticas públicas* (pp.11-42). Medellín: Escuela de Gobierno y Políticas Públicas, Gobernación de Antioquia.
- Rancière, J. (2009). *El reparto de lo sensible*. Santiago de Chile: LOM.
- Redacción. (05 de marzo de 2013). "Reflexiones de ciudad sobre las 15 preguntas del arzobispo". *El colombiano*.
- Rubio, M. (1999). *Crimen e impunidad, precisiones sobre la violencia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, CEDE.
- Salama, P. (2008). "Informe sobre la violencia en América Latina". *Revista de Economía Institucional*. 10(18). (pp.81-102) Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Sánchez, F. & Núñez, J. (2001) "Determinantes del crimen violento en un país altamente violento: el caso de Colombia". En *Coyuntura Económica*. 31(1). (pp.91-116.) Bogotá: Fedesarrollo.
- Tobón, D. & Valencia, G. (ed) (2015). *Economía, rentas criminales y políticas públicas en Medellín*. Medellín: Grupo de Microeconomía Aplicada, Universidad de Antioquia y Alcaldía de Medellín.
- Useche, O. (2003). "Violencia molecular urbana y crisis de ciudadanía: el caso de la ciudad de Bogotá". En: O. Useche. *Violencias y conflictos urbanos: un reto para las políticas públicas* (pp. 157-189). Medellín: Instituto Popular de Capacitación.

DERECHO A LA SALUD Y RURALIDAD EN COLOMBIA: LAS POLÍTICAS SECTORIALES Y POBLACIONALES EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

Steven Orozco Arcila

Introducción

La pregunta respecto a cómo garantizar el derecho a la salud para la totalidad de los colombianos, especialmente para los sectores poblacionales históricamente excluidos, entre ellos, las comunidades rurales, ha suscitado diversos niveles de interés durante los diferentes momentos del ordenamiento político-territorial del país, así como ha sucedido con el sistema de salud. Con la creación del Sistema Nacional de Salud, SNS, en 1975 y su posterior reforma a través de la Ley 10 de 1990 (Congreso de Colombia, 1990), se planteaba el papel central del Estado en la garantía del servicio público de salud con criterios de universalidad y participación comunitaria. Lo anterior se daba, principalmente, a partir de la estructuración de diferentes niveles operativos del SNS tales como las Direcciones Seccionales y Locales de Salud, entes encargados de la ejecución de las políticas definidas por el Ministerio de Salud.

De otra parte, si bien con la Ley 100 de 1993 –que reemplazó el SNS por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS– se mantuvieron muchas de las funciones previamente asignadas a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud, la principal estrategia adoptada para garantizar salud a la población, aun en los contextos territoriales más apartados, fue la del aseguramiento en salud; estrategia que más de veinticinco años después de iniciada sigue mostrando enormes limitaciones precisamente frente a dicho objetivo. Entre otros elementos, como anotan Rodríguez & Benavides (2016), las limitaciones se dan por los altos niveles de desempleo e informalidad existentes en el campo de la salud, al igual que por la poca cobertura e interés de los aseguradores en las zonas apartadas.

Lo que en materia de salud rural ha seguido a la Ley 100 son una serie de normativas gubernamentales sin desarrollos concretos. Por ejemplo, la Resolución 2475 de 2008 por la cual se crea el Comité Técnico Asesor del Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de la Protección Social; o las reformas de todo nivel a la Ley 100 (Leyes, decretos, resoluciones, circulares) en las que la salud rural aparece muy brevemente mencionada y, por lo tanto, opacada en medio de propuestas conceptuales y operativas del orden de la Atención Primaria en Salud, APS, salud comunitaria, salud familiar y determinantes sociales de la salud.

Como ejemplos recientes de esta situación pueden ser mencionados el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Resolución 429 de 2016 por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la Resolución 3202 de 2016 que reglamenta las Rutas Integrales de Atención en Salud de dicha política (RIAS) y la Resolución 1441 de 2016 que establece las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b). Los anteriores son documentos técnico-normativos con un marcado énfasis territorial, pero de los cuales no se conocen hoy balances de logros y resultados a nivel nacional ni regional.

Entre tanto, las inequidades socio-sanitarias entre lo urbano y lo rural han seguido perpetuándose en Colombia. Tal y como lo señaló en su

momento el documento *Misión para la transformación del campo* del Departamento Nacional de Planeación (2015):

si bien ya no hay brechas significativas en afiliación en seguridad social en salud entre la zona rural y urbana, persisten aun grandes diferencias en acceso, uso y calidad de los servicios entre cabeceras y población dispersa y al interior de las categorías de ruralidad. Las principales razones por las cuales los habitantes rurales tienen un acceso más limitado son la distancia a los centros de salud, los altos costos asociados a ello y que la oferta no responde a la emergente composición demográfica de los hogares rurales (participaciones relativamente altas de jóvenes y adultos mayores y menor proporción de adultos en edades productivas).

Igualmente, en cuanto a resultados en salud, el informe del año 2015 del Instituto Nacional de Salud sobre desigualdades sociales en salud exhibe diferencias notables en indicadores de salud entre diferentes zonas del país. Así, cuando distintos indicadores de morbilidad, mortalidad, salud percibida y de condiciones de vida saludable son contrastados en función de diferentes Departamentos y municipios, se hacen evidentes relaciones entre peores indicadores sanitarios y niveles de PBI per cápita más bajos, los cuales corresponden a municipios más pobres; o entre peores indicadores sanitarios y coeficientes de Gini más elevados (Instituto Nacional de Salud, 2017). De allí que los Diálogos de Paz entre la guerrilla de las Farc-EP y el Gobierno fuesen vistos por muchos como una ventana de oportunidad para abordar y proponer alternativas de solución a las históricas inequidades entre el campo y la ciudad. Pues son inequidades que se hacen manifiestas no solo en salud sino en el campo más amplio de la seguridad social, en educación, vivienda y desarrollo humano en general (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2016).

Aunque pareciera que la salud no fue un tema central en las negociaciones de La Habana, sí es cierto que hasta agosto de 2018 se venían generando, como producto de los diálogos, algunas estrategias tendientes a revertir la histórica exclusión del campo colombiano. Concretamente me refiero a la Reforma Rural Integral, RRI, y a los planes que la viabilizan

como Planes Nacionales, los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial, PDETS, y los Planes de Acción para la Transformación Regional, PATR (Acuerdo de Paz, 2016). Vale adicionar que los compromisos gubernamentales frente a la viabilidad de estas estrategias de la RRI era que, por lo menos durante quince años, estas serían consideradas como insumos a la hora de formular el Plan Nacional de Desarrollo y los planes de desarrollo de gobernaciones y alcaldías; al tiempo que se destinarían los recursos económicos necesarios para su implementación. Sin embargo, un análisis del “Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, formulado después de la firma de los acuerdos, revela que los instrumentos ya mencionados para la RRI, y dentro de esta, para salud rural, son desdibujados u omitidos en función de otros conceptos y estrategias. Ni que mencionar frente al incumplimiento del actual Gobierno respecto a los otros grandes puntos del acuerdo que podemos considerar que aportan al tema de la salud rural: los puntos 4 “Solución al problema de las drogas ilícitas” y 5 “Víctimas”. A este incumplimiento del acuerdo, lamentablemente, debe agregarse también el actual ambiente de polarización política del país, nuevos desplazamientos rurales y el asesinato de líderes sociales y excombatientes.

Retomando el tema de la política PAIS y su modelo operativo MIAS como eventuales alternativas para garantizar el derecho a la salud para los territorios rurales, el no conocer a la fecha resultados sobre los niveles de implementación o logros alcanzados, no ha sido un impedimento para que recientemente el Gobierno Nacional haya anunciado ajustes con el fin de darles ahora sí un supuesto énfasis más territorial. De allí que la propuesta MIAS haya sido cambiada por la MAITE, Modelo de Acción Integral Territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Los elementos revisados hasta este punto demuestran que el derecho a la salud para el sector rural colombiano se encuentra aún bastante lejos de ser logrado¹⁶. En tal sentido, el propósito de este escrito es hacer un

16 Para efectos de este texto proponemos entender “lo rural” no solo como espacio geográfico particular, sino como interacción entre este y culturas o formas de vida

análisis de las limitaciones y también de las posibilidades que en el actual contexto político y social enfrenta la materialización del goce efectivo del derecho a la salud para la ruralidad colombiana. Este análisis será realizado desde dos elementos complementarios: primero, una revisión de políticas sectoriales en clave de salud rural y, segundo, un análisis sobre algunas políticas dirigidas a los diferentes grupos poblacionales que habitan el espacio rural. Desafortunadamente, para las poblaciones desplazadas, los grupos indígenas y las comunidades negras, su derecho a la salud y otros derechos sociales han recibido alguna atención de la institucionalidad solo a partir de su victimización a causa del conflicto armado; por lo demás, ha sido totalmente invisibilizado, o incluso negado. Se hará también una mención sobre el derecho a la salud de los excombatientes de las Farc-EP, pues este debe garantizarse como parte del proceso de reincorporación social a partir del Acuerdo de Paz.

Las políticas sectoriales de salud y la ruralidad

En este apartado serán revisadas dos conjuntos de políticas y el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. El primer conjunto de políticas son aquellas emitidas por el Ministerio de Salud en años recientes como el caso del Plan Decenal de Salud Pública, la Política PAIS y su reciente modificación con el modelo MAITE. El segundo está integrado por los planes derivados de la firma del Acuerdo de Paz, específicamente el Plan Nacional de Salud Rural. Finalmente, a modo de contraste, será revisado el PND 2018-2022.

vinculadas al mismo. En tal sentido acogemos la definición de lo rural planteada por Echeverry (1998, p. 193) como “espacio de orden territorial que abriga un conjunto complejo de actividades económicas, de asentamientos humanos, de culturas y procesos políticos, con especificidades y lógicas propias”.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

La formulación del PDSP inició en el año 2011 mediante una serie de consultas con distintos actores y recolección de información del orden nacional y regional. El documento definitivo del Plan fue conocido en el año 2013 luego de varios momentos de validación. Los objetivos propuestos en el mismo fueron tres: i) garantizar el goce efectivo del derecho a la salud; ii) mejorar las condiciones de vida que modifican la salud y iii) cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Para el logro de tales objetivos se propuso el desarrollo de acciones en ocho dimensiones prioritarias y dos transversales. Las primeras son: i) salud ambiental, ii) sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, iii) seguridad alimentaria y nutricional, iv) convivencia social y salud mental, v) vida saludable y condiciones no transmisibles, vi) vida saludable y enfermedades transmisibles, vii) salud pública en emergencias y desastres, y viii) salud y ámbito laboral. Las dos dimensiones transversales son: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud. Igualmente, el PDSP se plantea sustentado en tres enfoques conceptuales: de derechos, diferencial y poblacional.

Ahora bien, la forma aquí propuesta para valorar el PDSP en clave de salud rural es a través de dos vías: primera, mediante las dimensiones y enfoques de acción ya propuestos, y segunda, mediante las responsabilidades asignadas a las diferentes instituciones del sistema de salud.

Iniciando con la primera vía es necesario precisar que el PDSP plantea que las ocho dimensiones prioritarias son aplicables para la totalidad de la población colombiana dado que representan aspectos fundamentales para el bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, producto del proceso de consulta ciudadana previo a la elaboración del plan, estas dimensiones fueron leídas como las necesidades de los diferentes territorios del país. Un ejemplo de este ejercicio es que en la dimensión ambiental fueron planteadas como prioridades, entre otras: a) el acceso y la calidad del agua en el Pacífico, Amazonía Orinoquía, Caribe, Central, Bogotá

y Cundinamarca; b) la inadecuada manipulación de residuos sólidos en Pacífico, Central y Oriental; y c) el inadecuado saneamiento básico en Caribe, Amazonía Orinoquía, y Oriental. Las demás dimensiones también fueron analizadas en clave regional.

De otra parte, en relación con las dimensiones transversales, aquella que más atañe al tema de salud rural es la de “gestión diferencial de poblaciones vulnerables”. Dimensión en la que se propone generar respuestas integrales transectoriales para grupos y sujetos con pertenencia étnica (pueblos indígenas, Rrom, afrocolombianos, negros, palanqueros y raizales), personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto, o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos). Los tres enfoques conceptuales del PSDP se prevén también como refuerzo conceptual a la gestión diferencial.

Adicionalmente el PDSP se encuentra sustentado en el modelo de determinantes sociales de la salud, modelo que durante la fase de consulta ciudadana del plan abrió la puerta para la proposición de intervenciones a nivel de determinantes estructurales e intermediarios. Sobre los determinantes estructurales, las voces consultadas plantearon dos elementos: el acceso a la tierra y al desarrollo rural; y acciones ajustadas al desarrollo territorial –en infraestructura y servicios–, como lo son modelos de atención en poblaciones dispersas y en frontera. Igualmente, a nivel de los determinantes intermediarios, se planteó la necesidad de acciones tendientes a superar las barreras en la atención a personas que viven en zonas rurales y dispersas. La segunda vía para el análisis del PDSP se da a través de la revisión de las responsabilidades asignadas a los actores del sector salud, en especial, a entes territoriales, EPS e IPS. Entre las obligaciones asignadas a los Departamentos se encuentran la formulación del Plan Territorial de Salud de acuerdo con el PDSP, la actualización del mismo cada cuatro años y su socialización, acompañamiento a las EPS para la formulación de su plan institucional, adopción de herramientas de monitoreo del Plan Territorial, promoción del desarrollo de herramientas para identificación de necesidades y problemas de salud de la población,

fortalecimiento de la capacidad de la autoridad sanitaria local y asistencia técnica a los municipios.

Por su parte, los municipios, según su categoría, tienen como obligaciones realizar el Análisis de Situación de Salud, ASIS, formular el Plan Territorial de Salud para cada cuatrienio y sus respectivos Planes Operativos Anuales, acompañar técnicamente a las EPS, coordinar la planeación, ejecución y seguimiento del PTS, incorporar indicadores para medir los logros en salud, fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria local, adoptar y adaptar los lineamientos técnicos para la operación de las líneas del PDSP de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública; y, de manera especial, coordinar la prestación de los servicios de salud bajo la estrategia de APS y en el marco del Plan Territorial de Salud.

Por último, las EPS e IPS deben, entre otros, realizar el análisis de situación de salud de su población afiliada identificando inequidades, armonizar su plan institucional con el plan territorial de salud, apoyar al municipio o departamento en la organización y prestación de los servicios bajo el esquema de APS, incorporar indicadores de modificación de daños, riesgos y resultados en salud, articularse territorialmente para gestionar el riesgo en salud de la población en el territorio, y participar en la operación del sistema de vigilancia en salud pública.

Las revisiones anteriores ponen en evidencia que el PDPS es valioso en postulados y enfoques que ubican de manera central lo territorial, poblacional y diferencial, entendido esto como una forma novedosa de gestionar las políticas en salud en el país y las inequidades en salud; entre ellas las relacionadas con poblaciones excluidas bien en función de su origen étnico o de su ubicación geográfica. Sin embargo, tal vez por los mismos propósitos anteriores, el PDSP reviste una densidad teórico-conceptual que a la fecha de hoy no se sabe qué tanto ha facilitado o dificultado la apropiación y gestión del mismo por parte de todos los actores con responsabilidades en su ejecución. Así, aunque sería directamente el Ministerio de Salud y Protección Social el encargado del acompañamiento

técnico a los entes territoriales, hoy no se conocen balances de dicha gestión. Por otra parte, y tal vez más problemático, es que, pese a que el PDSP cuenta con una estructura de monitoreo de avances fundamentada en diferentes fuentes de información, metas e indicadores para todas las dimensiones, a la fecha tampoco se conoce un balance oficial sobre logros y dificultades de la implementación durante estos años; ni tampoco se conoce un reporte de acciones de las instituciones de diferente nivel. Como si esto fuera poco, el gobierno Duque tampoco ha hecho explícita una postura frente al PDSP en términos de su importancia o continuidad.

Como conclusión, se puede decir que en su diseño el PDSP no fue incluido explícitamente un enfoque rural para la gestión de la política de salud pública del país. Y aunque lo rural aparentemente aparece incorporado en varios elementos del plan, no es posible saber si hubo o no avances en materia de salud rural durante los años que se llevan de ejecución del plan. Se deberá esperar para saber qué tipo de decisiones toma el nuevo Gobierno frente al mismo.

Política de Atención Integral en Salud, PAIS

El Ministerio de Salud y Protección Social, (2016) plantea en la Resolución 0429 que la PAIS

atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación (p. 1).

Al respecto, el cambio de prioridades señalado para el Estado se explica a partir de la necesidad de la transición del concepto de “competencia regulada” como único arreglo institucional en el SGSSS para incluir también el principio de fortalecimiento de la rectoría pública. Bajo este supuesto, la misma Resolución plantea que el objetivo de la PAIS es la

generación de mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención. Vale decir que se señala también en el documento que la PAIS exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, de los Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, y de los prestadores de servicios de salud. Esto a través de la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, los Planes de Desarrollo Territoriales y el Plan Decenal de Salud Pública. Ahora bien, como marco estratégico de la PAIS se proponen la APS con enfoque familiar y comunitario, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque territorial para las diferentes poblaciones.

Por su parte el marco operativo de la PAIS es el Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS, el cual se desarrolla a través de diez estrategias entre las que se pueden mencionar: i) caracterización de la población, ii) rutas integrales de atención en salud, RIAS, y Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud. Las RIAS son concebidas como una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (entidad territorial, prestador) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención. Así, las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. En tal sentido, se definen tres tipos de rutas: ruta de promoción y mantenimiento de la salud; rutas de grupo de riesgo y rutas de eventos específicas de atención. Otro componente notable del MIAS es la llamada Delimitación Territorial, planteamiento según el cual el modelo debe adaptarse a las particularidades territoriales existentes en el país, a saber, ámbitos territoriales urbanos, ámbitos territoriales con alta ruralidad, y ámbitos territoriales dispersos. Esta diversidad territorial implica que los integrantes del sistema, supuestamente, dentro de sus competencias, deben ajustarse a estos ámbitos territoriales para implementación del modelo. Pasando por alto el tema urbano, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, (2016) es importante comprender que

los ámbitos territoriales con alta ruralidad corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución. Los municipios de los ámbitos territoriales con alta ruralidad deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad.

Entre tanto, los ámbitos territoriales dispersos son aquellos en que

la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios. (2016c)

Ahora bien, según la clasificación anterior, el MIAS debe operarse de manera diferencial. Según el tipo de municipio se requiere: a) adaptación de las RIAS al conjunto de acciones colectivas, tecnologías, recursos y resultados esperados de la intervención del modelo; b) organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta que si no se puede asegurar la disponibilidad completa de servicios se debe considerar la complementariedad con otros territorios; y c) criterios diferenciales para la habilitación y autorización de funcionamiento y de operación de los aseguradores buscando las mejores escalas de mancomunación que permitan la atención de los afiliados en condiciones de continuidad y oportunidad en la atención. Es necesario señalar que, durante los tres últimos años, el Ministerio de Salud y Protección Social intentó avanzar con los entes territoriales de todo el país, tanto en la socialización como en el inicio de la implementación de dichas estrategias. Sin embargo, a la fecha no es posible contar con información oficial que

dé cuenta de los avances nacionales o territoriales de la PAIS, el modelo MIAS y sus diez estrategias de operación, incluida la denominada Delimitación Territorial. A lo sumo se pueden encontrar en los sitios web de las Secretarías de Salud de algunos Departamentos y ciudades grandes reportes de prensa y presentaciones con información poco concluyente sobre los avances de esta iniciativa gubernamental (Gobernación de Antioquia, 2018; Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2018; Secretaría de Salud de Medellín, 2018). De esto necesariamente se deriva entonces la pregunta sobre los avances de la misma en los territorios rurales y dispersos. Así, si la documentación de los avances de la PAIS y la implementación misma son tan precarias en los entes territoriales que, en teoría, tienen capacidad técnica y recursos económicos, qué se puede esperar como resultado en los territorios del país con muchos menos recursos y capacidades.

Finalmente, una de las estrategias centrales de la PAIS es la generación de incentivos para aseguradores y prestadores de servicios tendientes a que estos garanticen calidad en la atención y una redistribución geográfica que permita asegurar mayor cobertura territorial. Al no conocer tampoco resultados sobre esta estrategia, como señalan Hernández (2016) y Useche (2017), queda abierta la pregunta no solo por su pertinencia sino por su eficacia para garantizar el derecho a la salud en las zonas más apartadas del país, cuestionamiento hecho tiempo atrás por varios sectores. También ya se dijo que el equipo del nuevo Ministerio de Salud ha publicado recientemente un proyecto de resolución en el que plantea el propósito de cambiar el MIAS por un modelo con mayor énfasis territorial. Se define entonces el Modelo de Acción Integral Territorial, MAITE, como el nuevo marco operacional de la PAIS, el cual operará, como señaló el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de ocho líneas de acción “para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito” (p. 6). Así pues, al igual que con el PDSP, habrá

también que esperar los resultados de esta nueva iniciativa, aunque de entrada debe señalarse que en esta siguen teniendo un papel relevante el aseguramiento y la prestación de los servicios a cargo de las EPS.

El Acuerdo de Paz entre las Farc-EP y el Estado colombiano

El tema de salud para los colombianos, principalmente a partir de la problematización del actual sistema de salud, apareció en varios momentos de las negociaciones del Acuerdo de Paz de La Habana. Sin embargo, y contrario a las expectativas de muchos, en el texto final del Acuerdo, el tema de salud no quedó planteado a manera de una propuesta integrada y coherente y, por el contrario, es mencionado con diferentes niveles de énfasis a lo largo del mismo. Teniendo en cuenta el calibre de los asuntos tratados en aquellas negociaciones, es muy posible entonces que el tema de salud haya sido complementario y no central. En esta línea, el reconocido salubrista Saúl Franco (2016) planteaba que es en el punto 1° del acuerdo, “Hacia un nuevo campo colombiano: reforma rural integral”, en donde más se alude a salud a través de los conceptos como bienestar y buen vivir.

Ahora bien, esto no contradice que, precisamente, a partir del punto de Reforma Rural Integral se han propuesto herramientas de gestión que de implementarse podrían llegar a impactar de manera importante la salud rural en el país. La primera de ellas es el Plan Nacional de Salud Rural, PNSR, documento propuesto en el año 2018, y que se concibe como aporte al desarrollo rural integral a través del cierre de las brechas urbano-rurales en términos de cobertura, acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. Esto partiendo de reconocer la salud como un derecho fundamental para todos los colombianos, y proponiendo trabajar a través los enfoques territorial, poblacional y de género. Siguiendo el espíritu del Acuerdo de Paz, el PNSR plantea también la recuperación del campo, de su territorio y de su capacidad generadora de desarrollo para el país. Se postula que solamente de esta forma se puede garantizar la permanencia

y el retorno al campo en condiciones de justicia y equidad, y en este caso, en materia de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El PNSR está previsto para ser implementado durante un lapso de quince años (2018-2031), y propone acciones a través de cinco componentes estratégicos. Pese a que en algunos de ellos se hacen reiteraciones sobre el discurso oficial de los últimos años respecto a la necesidad del aumento en coberturas de aseguramiento, a mí juicio otros componentes exhiben un eventual potencial frente al objetivo más amplio de la salud rural.

El primero de ellos es el componente denominado “Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud acorde a las características de población y territorios”, el cual parte de reconocer las condiciones geográficas, la dispersión poblacional y la insuficiente infraestructura como barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud; razón por la que propone la creación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales. Dicho modelo se dice sustentado en APS y, en tal medida, debe tener un marcado énfasis extramural. De igual forma, deberá ser estructurado a partir de estrategias como el reconocimiento de las necesidades, riesgos y potencialidades de las poblaciones en los territorios. En esa misma dirección también se debe hacer un reconocimiento y ajuste de oferta institucional, concertación de prioridades entre actores y establecimiento de sistemas comunitarios de vigilancia en salud pública. Otro componente es el de “Fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el campo colombiano”, componente a través del cual se reconoce la necesidad real de construcción y mejoramiento de la infraestructura sanitaria existente actualmente, así como dotación de equipos y nuevas tecnologías. Finalmente, se encuentra el componente “Priorización en salud pública para el posconflicto”, el cual reconoce el impacto del conflicto armado sobre la salud y la vida y propone priorizar acciones en salud materno-infantil, alimentación sana y culturalmente apropiada, atención psicosocial de víctimas, y prevención de consumo de drogas, así como atención a los consumidores. El PNSR igualmente cuenta con una clara definición de funciones a cargo de la Nación, los entes territoriales,

aseguradores, IPS y comunidades, así como un listado de indicadores de diverso tipo que permiten hacerle seguimiento a los avances.

Adicionalmente al PSNR, la RRI está propuesta para llevarse a cabo mediante otros planes sectoriales que son: i) infraestructura y adecuación de tierras (vías, riego, electricidad y conectividad); ii) desarrollo social (educación rural, vivienda, agua potable); y iii) estímulos a la producción agropecuaria y a la economía solidaria y cooperativa (asistencia técnica, subsidios, crédito, generación de ingresos, mercadeo).

Ahora, un último elemento para rescatar del Acuerdo de Paz en clave de salud rural son los Planes de Desarrollo con enfoque Territorial (PDETS). Estos planes fueron definidos en el punto 1.2 del Acuerdo de Paz (2016) con el propósito de “lograr la transformación estructural del campo y el ámbito rural, y un relacionamiento equitativo entre el campo y la ciudad”. Se pretende asegurar el desarrollo y la integración de las regiones abandonadas y golpeadas por el conflicto, implementando inversiones públicas progresivas y concertadas con las comunidades, a fin de lograr convergencia entre la calidad de vida rural y urbana. De esta forma, según el Decreto 893 de 2017 de la Presidencia de la República de Colombia, se deben desarrollar 16 PDETS en igual número de regiones del país las cuales incluyen a 170 municipios. Estos planes han contado con el concurso de las comunidades desde el plano veredal hasta el regional, y las iniciativas priorizadas deben responder a ocho pilares: i) ordenamiento social de la propiedad rural, ii) reactivación económica y producción agropecuaria, iii) educación rural, iv) vivienda, agua potable y saneamiento, v) salud rural, vi) derecho a la alimentación, vii) reconciliación, convivencia y paz, y viii) infraestructura y adecuación de tierras.

Un análisis de conjunto sobre los Planes Nacionales para la Reforma Rural integral y los ejes sobre los cuales se estructuran los PDETS permite ver entonces que el tema de salud rural y las estrategias para desarrollarlo aparecen con importancia. Ahora bien, estos elementos estratégicos, lo mismo que los desarrollos normativos que los sustentan, aparentemente han sido incorporados en el Plan Nacional de Desarrollo

2014-2018, y se menciona con este carácter de supuesto dado que son anunciados pero sin un buen nivel de detalle que permita saber si el sentido allí propuesto responde al del Acuerdo. Por ejemplo, mientras la RRI y sus instrumentos plantean la necesidad de una transformación estructural del campo como el soporte de una paz estable y duradera, en el Plan Nacional de Desarrollo y el documento *Política de Estabilización* se remarca un énfasis en la construcción de paz a partir de la legalidad, la seguridad y la justicia. De suerte tal que el capítulo dedicado a la paz lleva por título “Pacto por la construcción de paz: cultura de la legalidad, convivencia, estabilización y víctimas” (Congreso de la República de Colombia, 2019). Existe así una primera diferencia que podemos denominar conceptual o filosófica entre el Acuerdo de Paz y el PND respecto del desarrollo rural.

Un segundo asunto por resolver se encuentra en el plano operativo, pues mientras con base en el acuerdo, los PNSR y los PDETS son los principales instrumentos ordenadores de la reforma rural, en el PND estos quedan supeditados a nuevos objetivos, estrategias y metas de Gobierno. Concretamente se plantea una hoja de ruta para la estabilización de las 16 regiones PDET que articule los diferentes instrumentos de planeación derivados del Acuerdo de Paz con las Farc-EP, las demandas ciudadanas obtenidas por medio de procesos participativos, e instrumentos previamente concebidos en diferentes normas y mandatos legales. Los Planes Nacionales y los PDET sufren una transformación, pasan de elementos ordenadores a ser insumos para el PND, y será el Gobierno quien decida cuáles de los puntos deben priorizarse y qué recursos deben ser asignados (Congreso de la República de Colombia, 2019). Se puede decir, en resumen, que el PND no solo cambia el sentido de la reforma rural planteado en el Acuerdo de Paz, sino que prioriza otros ejes de acción que desdibujan los principales instrumentos de transformación rural propuestos también en el acuerdo. A juicio de Herrera (2019), “preocupa el énfasis que las bases de este Plan le dan a un modelo de consolidación militarista y agroindustrial de las regiones, que tenga metas de reparación

de víctimas más bajas, y que no haya recursos adicionales para implementar el acuerdo de La Habana” (p. 3).

Elementos complementarios del PND en clave de salud rural

La mayor parte del articulado concerniente al sector de la salud en el PND se encuentra dentro del denominado Pacto por la Equidad, en la subsección 4 que lleva por título “Equidad en la salud”. La fórmula allí planteada para lograr la equidad en salud son los ya conocidos elementos de equilibrio financiero, sostenibilidad y alineación de incentivos. Paradójicamente, la salud pública en los territorios se ve duramente golpeada por recortes en los recursos y otras opciones de uso para los mismos. Esta disminución a los recursos en salud pública se da a través de la reforma a varios artículos de la Ley 715 de 2001 sobre el Sistema General de Participaciones (Congreso de la República, 2019). Así, mientras en el Artículo 47 de la Ley 715 se plantea que los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud pueden ser utilizados por los entes territoriales en financiación de subsidios a la demanda, prestaciones a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y acciones en salud pública, mediante el Artículo 235 del PND se especifican los porcentajes a utilizar en cada uno de estos componentes. Presupuestalmente, el aseguramiento en salud queda claramente privilegiado en comparación con la salud pública, pues se plantea el uso del 87% de los recursos para aseguramiento en régimen subsidiado, el 10% para salud pública y un 3% para subsidio a la oferta. Este mismo artículo contiene un párrafo que postula que los recursos en salud pública no utilizados al final de cada vigencia se utilizarán para cofinanciar otros programas de interés en salud pública.

En la misma línea del recorte a los recursos en salud pública, se encuentra el Artículo 237 mediante el cual se modifica el Artículo 52 de la Ley 715, el cual pasa de llamarse “Distribución de los recursos para financiar las acciones en salud pública definidas como prioritarias para el país”

a “Distribución de los recursos del componente de salud pública y de subsidio a la oferta”. En términos cuantitativos esto implica que, si con base en los criterios de población a atender, equidad y eficiencia administrativa, los Departamentos recibían del orden nacional un 45% de recursos y los municipios el restante 55% exclusivamente para acciones en salud pública, ahora con estos mismos recursos deberán también garantizar el subsidio a la oferta o aseguramiento.

La reflexión que se deriva de estas modificaciones es: si con los recursos girados a los entes territoriales bajo la Ley 715, las acciones en salud pública no alcanzaban coberturas poblacionales adecuadas, ¿qué se puede esperar bajo este nuevo esquema de redistribución de recursos en el que claramente se ve favorecido el aseguramiento en salud? Adicionalmente, el Artículo 79 obliga a las Empresas Sociales del Estado, categorizadas desde los instrumentos del Ministerio de Salud en riesgo financiero medio o alto, adoptar planes de saneamiento fiscal y financiero, lo que en la práctica ha resultado siempre en reestructuraciones basadas en liquidaciones, precarización laboral de los trabajadores y venta de servicios como objetivo corporativo. Otros apartados del PND plantean planes de saneamiento financiero a nivel territorial, como los Artículos 240 a 242, mediante los cuales más recursos públicos son transferidos a las EPS e IPS por servicios y tecnologías prestados en el régimen subsidiado, al tiempo que el Artículo 243 establece incentivos por calidad y resultados en salud, y el 244 plantea una reclasificación de la población perteneciente al régimen subsidiado de modo tal que quienes sean reclasificados como no pobres o vulnerables hagan aportes económicos al sistema. Este artículo se titula “Solidaridad en el sistema de salud” (Congreso de la República, 2019).

Las políticas poblacionales de salud y la ruralidad

Colombia nunca ha tenido políticas dirigidas a garantizar la vida digna y los derechos de su población campesina. Se han producido en diferentes

momentos algunos desarrollos normativos tendientes a impulsar el desarrollo económico y social del campo, pero esto no desde la base de un enfoque poblacional. El 17 de diciembre de 2018, la Asamblea General de la ONU en su 73° período de sesiones adoptó formalmente la “Declaración sobre los derechos de los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales” (Human Rights Council, ONU, 2018). El documento aprobado se estructura a partir de seis ejes fundamentales: i) derecho a un nivel de vida adecuado, ii) derecho a la soberanía alimentaria, lucha contra el cambio climático y conservación de la biodiversidad, iii) adopción de reformas agrarias estructurales y protección frente al acaparamiento de tierras, iv) derecho a que las y los campesinos puedan conservar, utilizar, intercambiar y/o vender sus semillas; v) derecho a recibir una remuneración digna por sus cosechas y trabajo, y vi) derechos colectivos para contribuir a la justicia social sin ningún tipo de discriminación. Sin embargo, Colombia se abstuvo de votar positivamente la Declaración, hecho que ha sido lamentado por diferentes sectores sociales.

Como se mencionó anteriormente, la forma en que la institucionalidad colombiana ha garantizado, o mejor, ha restituido los derechos de las poblaciones rurales, ha sido principalmente a partir de la victimización que estas han sufrido a causa del conflicto armado; situación de donde se desprenden bastantes limitaciones. En tal sentido, en este apartado daremos una mirada a la normativa relacionada con el derecho a la salud para población desplazada, grupos étnicos, y producto del Acuerdo de Paz, población excombatiente y en proceso de reincorporación.

El derecho a la salud de la población desplazada por la violencia, de los grupos indígenas y las comunidades negras, afrodescendientes, palenqueras y raizales

La magnitud del fenómeno de desplazamiento forzado acontecido en el país desde finales de los noventas y continuado en el siglo XXI llevó a que el Estado colombiano formulara algunas políticas tendientes a enfrentar

este fenómeno. En 1997 se expidió la Ley 387 por la cual se adoptaron medidas para la prevención del desplazamiento forzado y la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados por la violencia. Mediante esta misma Ley se creó el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, y se desarrolló el concepto de “atención humanitaria de emergencia” mediante el cual el Estado debe asistir y proteger a la población desplazada y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina y alojamiento (Congreso de la República, 1997). En materia de salud, se plantea que el SGSSS debería implementar mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación de acuerdo con lo establecido en la Ley 100. Luego, en el año 2003, fue expedido el Decreto 2131 de 2003, cuyo principal propósito era regular la atención en salud de la población desplazada condicionando el acceso a los servicios a encontrarse inscrito en Registro Único de Población Desplazada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2003). Afortunadamente, esta situación fue revertida por la Corte Constitucional que en Sentencia T-327 de 2001 planteó que la certificación de la “condición de desplazado” no podía tenerse como un requisito *sine qua non* para el ejercicio de los derechos fundamentales de los desplazados.

De la primera década del siglo XXI es necesario mencionar también el Decreto 250 de 2005, a través del cual se creó el Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. A nivel de gestión social, este plan incluye acciones en salud, educación y bienestar familiar. En salud se contempla el apoyo psicosocial según género, edad y etnia, atención inicial de urgencias, atención en salud según régimen de afiliación y desarrollo de acciones de salud pública, vigilancia en salud pública y saneamiento básico en asentamientos de población desplazada (Presidencia de la República, 2005). Sin embargo, pese a la existencia de las normas anteriores y otras complementarias, diversos estudios, como los

de Moreno, Monsalve, Tabima & Escobar (2009) y Aristizábal, (2015), han mostrado las enormes dificultades que históricamente ha enfrentado y sigue enfrentando la población en condición de desplazamiento forzado para gozar del derecho a la salud en condiciones de oportunidad, continuidad e integralidad. Algunos hallazgos comunes de los estudios anteriores se refieren a exceso de trámites, falta de capacidad para pago de servicios, falta de atención por ausencia de contratos, no entrega o entrega parcial de medicamentos, falta de controles luego de procedimientos u hospitalización, y baja utilización de los servicios de salud mental; bien por la baja oferta institucional o por la percepción de no requerirlos.

Igualmente, con la Ley 1448 de 2011, o “Ley de víctimas”, la población desplazada por la violencia empezó a ser parte de esta categoría más amplia de personas afectadas de diferentes maneras por el conflicto armado. En esta Ley las víctimas son definidas como

aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 10 de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. (Congreso de la República de Colombia, 2011, p. 9)

Dentro los derechos de las víctimas se encuentran el derecho a la verdad, la justicia y la reparación, así como el derecho a ser beneficiario de las acciones afirmativas adelantadas por el Estado para proteger el derecho a la vida en condiciones de dignidad, y el derecho a solicitar y recibir atención humanitaria. Retomando lo establecido en la Ley 387 de 1997, la Ley de víctimas en sus Artículos 47 y 62 plantea que las víctimas de desplazamiento forzado deben recibir ayuda humanitaria de acuerdo con las necesidades inmediatas que guarden relación directa con el hecho victimizante; ayuda que debe ser prestada bajo las modalidades de atención inmediata, atención humanitaria de emergencia y atención humanitaria de transición. A nivel de salud, se proponen una serie de

medidas tendientes a garantizar la cobertura en salud de las víctimas del conflicto, incluida la población desplazada. Tales medidas son: i) afiliación al régimen subsidiado en caso de encontrarse incluido en el SGSSS, ii) exoneración de copagos o cuotas moderadoras en caso de encontrarse clasificado como nivel 1 ó 2 en el SISBEN, iii) atención médica y psicológica de emergencia a cargo de las instituciones hospitalarias públicas o privadas con independencia de la capacidad de pago y iv) otros servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria.

En resumen, se puede decir entonces que la Ley de víctimas fue vista en su momento como un elemento novedoso y favorable respecto a la restitución de derechos para las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, como bien anotan Ramírez, Veloza, & López, (2016), en el caso de la población desplazada, pese a retomar y actualizar elementos de la normatividad previa, estudios realizados con posterioridad a la sanción de la misma continúan mostrando diferentes y complejas facetas de vulneración del derecho a la salud de esta población. Y debe decirse que a esta situación se le han sumado en muchos casos episodios de revictimización.

Es importante añadir que tanto la Ley de víctimas como su Decreto operativo, el Decreto 4800 de 2011, prevén la necesidad de medidas de rehabilitación integral para las víctimas, dentro de las cuales se encuentra el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, Papsivi. Frente a este programa, los balances gubernamentales señalan que entre 2015 y 2017, 224.995 personas víctimas del conflicto armado recibieron 1.623.474 atenciones de rehabilitación física, 58.760 personas recibieron 582.767 atenciones en rehabilitación mental y 41.432 recibieron 959.202 atenciones en ambos servicios (Gobierno de Colombia, 2018). Si bien estos se exhiben como logros importantes de la Ley de víctimas, a todas luces esta cobertura resulta aún insuficiente dado el número de aproximadamente siete millones de víctimas del conflicto. En este sentido, algunos estudios han señalado las bajas coberturas que aun presenta el Papsivi en diferentes regiones del país, lo mismo que falta de continuidad en las acciones lo que, como dice Pérez (2017), deja procesos sin cerrar.

A modo de cierre de este apartado quiero realizar un breve análisis en lo concerniente al derecho a la salud de grupos étnicos. Para empezar, debe aclararse que la salud de los pueblos indígenas ha sido objeto de sucesivos desarrollos normativos desde inicios del siglo XXI. Mediante la Ley 691 de 2001 se incorporó a los grupos indígenas al SGSSS mediante su ingreso al régimen subsidiado, y mediante el Decreto 330 del mismo año se reglamentó el funcionamiento de las EPS indígenas; luego, mediante el Decreto 4972 de 2007 se reglamentaron también las IPS indígenas. Estos dos últimos decretos pretendían, por una parte, posibilitar sistemas de atención propios para los pueblos indígenas, mientras que, por otro lado, se esperaba que el funcionamiento de estos se enmarcara en las lógicas del SGSSS. Pese a la aparición de EPS e IPS indígenas en diferentes territorios del país, diferentes elementos de contexto, incluida también la victimización de los pueblos indígenas en el marco de conflicto, dieron lugar a un nuevo desarrollo normativo, puntualmente, el Decreto 1953 de 2014, mediante el cual se crean los sistemas propios para los territorios indígenas. A nivel de salud, este decreto creó los Sistemas Indígenas de Salud Propio Intercultural, Sisipi, al tiempo que estableció mecanismos para su administración y gestión, competencias, estructura y mecanismos de financiación gubernamentales (Ministerio del Interior, 2014).

No obstante, diferentes estudios, incluido el perfil de salud de los pueblos indígenas adelantado por el Ministerio de Salud en 2016, revelan que marcadores como mortalidad materna y en menores de cinco años, así como los índices de morbilidad en todos los grupos etarios siguen teniendo promedios más altos que los de la población promedio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016d). Como causas de esta situación se enuncian elementos estructurales como la pérdida de los territorios, la pobreza extrema, y el conflicto armado. Esto pese a que la Ley estatutaria en salud 1751 de 2015 plantea como uno de sus principios la protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas, y que mediante el Decreto 4633 de 2011 se dictaban medidas de asistencia, atención, reparación integral y de

restitución de derechos territoriales a las víctimas de los pueblos indígenas (Presidencia de la República, 2011).

En lo que respecta a las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, algunas caracterizaciones sociodemográficas muestran también un peor estado social y de salud de estas comunidades con respecto al promedio de la población. Asuntos como la discriminación racial, la baja participación política, dificultades para el acceso y permanencia en el ciclo educativo, y desigualdad de acceso en el mercado laboral, hacen que el 90% de estas poblaciones viva en la pobreza y que sus expectativas de vida sean menores a las de los demás colombianos (Ministerio de Cultura, 2010). Esta situación es reiterada en el Plan Decenal de Salud Pública, en el cual se proponen varias estrategias de salud con enfoque étnico para la población negra, afro, palenquera, raizal, pueblos indígenas y pueblo Rrom. Otros instrumentos normativos para la salud de las comunidades negras son la Ley 1751 de 2015, y también en el marco de la Ley de víctimas, el Decreto 4635 de 2011 que contempla los mecanismos de asistencia, atención y reparación de víctimas pertenecientes a estos grupos (Ministerio del Interior, 2011). Bajo este panorama, el balance en términos de derecho a la salud para las poblaciones afrocolombianas no es muy diferente del de los otros grupos aquí analizados.

El análisis poblacional aquí desarrollado permite ver la expedición de una gran cantidad de normatividad tendiente a garantizar los derechos de distintos colectivos que habitan la ruralidad colombiana, incluido el derecho a la salud. Sin embargo, el análisis respecto a los desarrollos de la misma pone en evidencia avances muy poco significativos respecto de las problemáticas que se pretende enfrentar. Lo más grave del asunto es que los avances pocos conceptuales y jurídicos logrados en la última década ahora se ven nuevamente amenazados por una visión militarista y desarrollista del campo colombiano.

Adenda: el derecho a la salud de los excombatientes de las Farc-EP

Toda la información que hasta el momento ha sido analizada en búsqueda de pistas sobre salud rural, incluido el Acuerdo de Paz de La Habana, demandan, desde un punto de vista ético y político, un análisis sobre lo que acontece en materia de salud precisamente a aquellos que han decidido dejar las armas y reincorporarse a la sociedad. El acceso a los servicios de salud de la población excombatiente quedó contemplado en el punto 3 “Fin del conflicto” del Acuerdo de Paz (2016); específicamente en el numeral 3.2 concerniente a la “reincorporación de las Farc-EP a la vida civil –en lo económico, lo social y lo político–. Los componentes de la reincorporación económica y social son la renta básica, la asignación única de normalización, la seguridad social, y otros programas sociales como la educación formal y para el trabajo, programas de recreación y deporte, de acompañamiento psicosocial, y de reunificación de núcleos familiares. Desagregando un poco lo anterior, y en contra de todo lo que se especuló en su momento sobre las excesivas garantías de reincorporación para los excombatientes, se encuentra que la renta básica es una asignación por 24 meses (próxima a terminar) del 90% del valor del salario mínimo vigente. La asignación única de normalización corresponde a un monto de dos millones de pesos entregado a cada excombatiente por una sola vez, mientras que aquellos excombatientes que individual o colectivamente deseen emprender un proyecto productivo, podrán acceder por una sola vez a la suma de ocho millones de pesos. Por su parte, la seguridad social se refiere específicamente a la afiliación al régimen subsidiado en salud por 24 meses, situación enmarcada por grandes dificultades de estructuración y ejecución.

Las dificultades en salud para la población excombatiente empezaron desde su misma llegada a las 26 Zonas Transitorias de Normalización y Verificación, ZVTN, ahora llamadas Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación, ETCR. Pese a que mientras se producía su inclusión en

el sistema de salud, en cada ZVTN se debía contar con servicios médicos; sin embargo, en muchos de ellos los servicios se prestaron de manera intermitente e incompleta, mientras que en otros tantos se retiraron de manera completa después de cierto tiempo. Esto se debió a que el Gobierno argumentaba que los hospitales municipales podrían prestar los servicios requeridos. Igualmente, en muchas de estas zonas de llegada se experimentaron y se experimentan hasta el día de hoy problemas con la infraestructura básica de saneamiento y vivienda (Defensoría del pueblo, 2018). Volviendo al tema de acceso a los servicios, es de anotar que el censo socioeconómico realizado por la Universidad Nacional en 2016, y documentos posteriores, revelaron un componente importante de discapacidad física entre la población excombatiente producto de la guerra (pérdidas de miembros superiores e inferiores, daños en vista y audición). Estas son situaciones que, como bien dice Valenzuela (2018), requieren tratamientos complejos y prolongados.

Como se mencionó antes, la inclusión de los ex combatientes al sistema de salud se concretó mediante su ingreso al régimen subsidiado a través del Decreto 1937 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016e). Y aunque para el Gobierno Nacional, 12.768 excombatientes (el 98% de los registrados) se encuentran afiliados al sistema de salud (Agencia para la Reincoorporación y Normalización, 2019), las dificultades a las que estos deben enfrentarse para acceder a los servicios son iguales o más complejas que las que enfrenta la población pobre afiliada al régimen subsidiado. A las conocidas limitaciones en cuanto a los servicios incluidos, la falta de contrato entre las IPS y los aseguradores, y la cobertura geográfica limitada, deben adicionarse los problemas de seguridad, económicos y de desconocimiento de las dinámicas del sistema por parte de los excombatientes. Tal y como plantea Franco (2016), si bien la propuesta de un sistema de salud específico para la población excombatiente era improcedente, por lo menos el Gobierno debió prever algunos mecanismos extraordinarios que permitieran articular esfuerzos y recursos nacionales e internacionales a fin de garantizarles condiciones

dignas de acceso a los servicios. Como reflexión final debe decirse que, de la garantía del derecho a la salud y otros derechos sociales para los excombatientes, dependerá en gran medida el éxito a largo plazo del proceso de paz. La situación contraria, es decir, la no garantía de los derechos fundamentales y el abandono y exclusión por parte del Estado, representará, como tantas otras veces, el germen de nuevos ciclos de violencia en el país.

Conclusiones

Durante varias décadas en el país se han producido políticas tendientes a impulsar el desarrollo rural. La mayoría de estas se han enfocado en transformar diferentes condiciones materiales y productivas del territorio rural. Sin embargo, las políticas destinadas específicamente a las poblaciones rurales han sido más recientes y no se tiene información que dé cuenta de sus avances reales. En materia de salud, ni antes del SGSSS ni con posterioridad a la aparición del mismo se han logrado garantizar el derecho a la salud; no se ha logrado en clave de sus determinantes sociales y tampoco en relación con el acceso a los servicios. Son bastantes los estudios e informes que señalan las limitaciones de un modelo basado en la competencia regulada y el aseguramiento para garantizar el componente prestacional del derecho a la salud, en este caso, para poblaciones rurales dispersas y con particularidades culturales y socioeconómicas. Pese a que durante la última década se han implementado políticas gubernamentales que incorporan estrategias pertinentes de la salud pública, como la APS y modelos teórico-prácticos como el de determinantes sociales de la salud, los resultados de dichas políticas son aún bastante desconocidos en el plano territorial y nacional. Como se ha señalado en diferentes escenarios, estas estrategias tienen bastantes restricciones en un marco de aseguramiento en salud, y una implementación efectiva de las mismas requiere ajustes importantes y gran voluntad política.

Un elemento adicional de análisis es que pese al desarrollo de políticas como el PDSP y la PAIS, que cuentan entre sus postulados con propuestas de abordaje diferencial y territorial, los indicadores de morbilidad y mortalidad siguen mostrando un desempeño muy negativo para las poblaciones rurales, y más si estas son indígenas o negras. Un elemento de coyuntura interesante para pensar la ruralidad colombiana, y dentro de esta las condiciones de vida de sus habitantes, fue el suministrado por la firma del Acuerdo de Paz de La Habana. En este se reconocía la necesidad de modificar los factores estructurales que producen las inequidades en el campo colombiano, motivo por el cual se plantearon ambiciosos planes de reforma rural, incluido el PNSR. Sin embargo, la coyuntura política marcada por el cambio de Gobierno ha dejado en suspenso, y casi abandonadas, varias de estas iniciativas.

El derecho a la salud para las poblaciones rurales colombianas difícilmente se logrará mediante las lógicas actuales del sistema de salud y del sistema sociopolítico. Pese a lo estigmatizado que por ciertos sectores ha resultado el Acuerdo de Paz, en materia de salud y bienestar para la población del campo, no hace otra cosa que recoger elementos de los enfoques de determinación social de la salud. Como es bien sabido, para estos enfoques el goce de un adecuado estado de salud y bienestar solo es posible mediante la disposición positiva de las condiciones materiales de vida que afectan la salud tales como la vivienda, el saneamiento básico, el empleo y el ingreso, la educación, y el acceso a los servicios de salud. Seguir teniendo esta perspectiva como horizonte, y llegar algún día a implementarla, no solo impactaría positivamente la salud de los habitantes y del mismo territorio rural, si no que será un paso definitivo en el desmantelamiento final del conflicto colombiano.

Bibliografía

Acuerdo de Paz (2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera preámbulo.*

- Agencia para la Reincorporación y Normalización. (2019). *Así avanza la reincorporación*.
- Aristizábal, K. V. (2015). Falencias en la protección del derecho a la salud: una mirada a la población desplazada. En *Justicia Juris*, 8(2), Barranquilla: Universidad Autónoma del Caribe.
- Congreso de la República (1990). Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República. (1997). Ley 387 de 1997 Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y esta estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la república de Colombia.
- Congreso de la República (2011). Ley 1448 de 2011, Ley de víctimas y restitución de tierras. “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”
- Congreso de la República (2015). Ley estatutaria 1751 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República. (2019). Texto definitivo plenaria cámara bases y plan plurianual al proyecto de Ley número 311 de 2019 cámara, 227 de 2019 senado, por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 “pacto por Colombia, pacto por la equidad”.
- Defensoría del pueblo. (2018). *Informe Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016). III Censo Nacional Agropecuario. Ministerio de agricultura (Vol. 2).
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). *El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz*.
- Franco, S. (2016). “La Salud en los acuerdos de paz”. *El Espectador*.
- Gobernación de Antioquia. (2018). *Política integral de atención en salud. Ministerio De Salud Colombia*.
- Gobierno de Colombia. (2018). *Informe de Gobierno. Política de atención y reparación a víctimas*.
- Hernández, M. (2016). “PAIS favorece a las EPS”. En *Diario UN Periódico*, p. 7. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Herrera, N. (2019). “Desfinanciación de la paz, visión militarista y menos reparación en el Plan Nacional de Desarrollo”. *Revista Semana*.
- Human Rights Council, ONU. (2018). Draft United Nations declaration on the rights of peasants and other people working in rural areas. A/Hrc/Wg.15/5/3. (pp.1–14).
- Instituto Nacional de Salud. (2017). “Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia”. En *Informe técnico 9/2017*.
- Ministerio de Cultura. (2010). *Afrocolombianos, población con huella de africanía*.
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). Proyecto de resolución PAIS MAITE. Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se

adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento.

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2131 de 2003. Por el cual se reglamenta el numeral 4° del Artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del Artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Colombia*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Resolución 0429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). Resolución 1441 de 2016 Por la cual se establecen estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 97.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016d). *Perfil de salud de la población Indígena y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016e). Decreto 1937 de 2016 Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con las condiciones para el aseguramiento en salud (2016). Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Salud Rural*.

Ministerio del Interior (2011). Decreto Ley No. 4635 de 2011 Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Ministerio del Interior (2014). Decreto 1953 de 2014 Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas.

Moreno, G., Monsalve, J., Tabima, D., & Escobar, J. (2009). "Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia". En *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2). (pp.131-141). Medellín: Universidad de Antioquia.

Perea, P. (2017). *Análisis de la atención psicosocial del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI) en el municipio de Quibdó (2013-2016)*. Bogotá: Universidad EAFIT.

- Presidencia de la República (2005). Decreto 250 de 2005. Por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones.
- Presidencia de la República (2011). Decreto 4800 de 2011. Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.
- Presidencia de la República. Decreto 4633 de 2011. Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas.
- Presidencia de la República de Colombia. (2017). Decreto 893 de 2017. Por el cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET.
- Ramírez C, L., Veloza M, M. C. & López P, A. (2016). "Acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado, en el escenario del postconflicto". En *Revista Movimiento Científico*, 10(1). (pp.88-94). Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Rodríguez, D. & Benavides, J. (2016). "Salud y ruralidad en Colombia : análisis desde los determinantes sociales de la salud". *Revista de la Facultad de Salud Pública*, 34(3), (pp. 359-371). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Secretaría de Salud de Medellín. (2018). *Implementación Modelo Integral de Salud MIAS. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud*.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2018). *Modelo Integral de Atención en Salud. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*.
- Useche, B. (2017). "La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el rol de las EPS". En *Revista Deslinde*, 60, (pp.34-43). Bogotá: Cedetrabajo.
- Valenzuela, S. (2018). "Así está la salud de los ex-combatientes". *Pacifista*.

EPÍLOGO

“Sin poder siquiera negar la desesperanza como algo concreto y sin desconocer las razones históricas, económicas y sociales que la explican, no entiendo la existencia humana y la necesaria lucha por mejorarla sin la esperanza y sin el sueño.”

Pedagogía de la esperanza un reencuentro con la pedagogía del oprimido

Paulo Freire

La presente obra fue posible gracias a la amplia acogida, desde diversas disciplinas y saberes, de sectores académicos, de la institucionalidad pública y privada, de trabajadores del sector salud y de organizaciones sociales del país. Podría pensarse que en un tema de estos ya todo está dicho, pero la inminente y considerable respuesta demostró que todavía debemos seguir abordándolo, llenándolo de voces, del interés de la gente, con el valor ético y político que nos aporta pluralidad de perspectivas.

No es fácil encontrar resultados y afirmaciones exitosas sobre protección de los derechos humanos en un país que, por más de medio siglo, ha estado inmerso en dolores, injusticias y violencias que no han permitido a los colombianos vivir de la forma digna que promulga nuestra Constitución Política. Pero hemos encontrado que ha habido logros importantes que no debemos despreciar. Hoy podemos mostrar pequeñas luces en medio de la oscuridad.

De esta obra podemos afirmar para Colombia, un Estado Social de Derecho, que la salud constituye un verdadero derecho fundamental, por

lo tanto, inherente a la persona humana, irrenunciable, inalienable, imprescriptible, obligatorio para el Estado, vinculante a todos los poderes públicos y a las personas particulares y privadas. Tanto en lo individual como en lo colectivo. Que implica, además, la materialización de una vida digna y con calidad de todas las personas, la cual debe garantizar el Estado. Que a su vez, debe permitir el goce efectivo de la accesibilidad, la disponibilidad, la calidad y la aceptabilidad derivada de tal derecho. Asimismo, es un derecho integral, toda vez que no solo habla de la persona en términos biológicos, sino también mentales, sociales, espirituales y cosmogónicos; es un derecho integrador, en cuanto su garantía es mediada no solo por el servicio sanitario, sino por la de otros derechos, deberes, libertades y procesos sociales que lo determinan.

El derecho fundamental a la salud se encuentra hoy articulado al bloque de constitucionalidad, entendido como el conjunto normativo de la Constitución Política de Colombia de 1991, los tratados, convenios, pactos, recomendaciones y observaciones que hablen sobre derechos inherentes a la persona humana. La salud presenta tres dimensiones: i) es un derecho fundamental autónomo; ii) un Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado básicamente por la Ley 100/93; y iii) un servicio público esencial. Cada dimensión, de acuerdo con esto, tiene unos principios basilares que las rigen. En el caso del derecho, la dignidad humana; en el caso de la seguridad social en salud, la eficiencia en términos sociales; y como servicio público, el principio de oportunidad y continuidad.

Con respecto a los avances en las políticas y doctrinas del derecho fundamental a la salud, se puede afirmar que existe una tensión entre lo que está sucediendo en las decisiones políticas del legislativo y ejecutivo, y las decisiones judiciales. En medio de esa situación tensional puede destacarse de manera positiva el papel de los jueces, de los ciudadanos y de las organizaciones sociales, de los entes de control en pro del avance de la idea del derecho fundamental de la salud, en términos de ejercer control social a las políticas, generar procesos institucionales articuladores tendientes a su exigibilidad y materialización efectiva.

No obstante, la concreción del derecho fundamental a la salud en Colombia encuentra grandes obstáculos para su plena realización. Uno de ellos es el actual sistema de salud, cuyo arreglo institucional responde a una lógica de mercado basada en el lucro, que no garantiza la protección de la salud y la vida, que se puede ver con nitidez en los grupos humanos que han sido históricamente vulnerados, y sobre quienes la violencia ha golpeado con crueldad a varias de sus generaciones. La crueldad y dolor al que han sido sometidas estas generaciones involucra el continuo despojo, no solo de alimento y abrigo, sustento de la vida, sino del simbolismo que dignifica su existencia a través de tejidos sociales, cosmovisiones, espiritualidades, narraciones y sabidurías. Ahora bien, pese a la invisibilización que ha existido en distintos momentos de nuestra historia, por fortuna actualmente la situación de precarización empieza a interpelar al Estado dado que existen personas cobijadas por la calificación de “víctimas del conflicto”. A ellos se les suman otros miles de colombianos, niños, niñas y jóvenes atrapados en otras violencias intrafamiliares, sexuales, urbanas, así como en el abandono, la explotación y comercialización de sus cuerpos; mujeres y hombres que son rechazados por ser excombatientes, por tener opciones de género diversas, por habitar en las calles y las cárceles, por consumir drogas; enfermos por ocasión del trabajo, desprotegidos por su condición de informalidad y flexibilización, personas menospreciadas por encontrarse enfermas de tuberculosis, VIH o padecer SIDA, al igual que aquellas personas que padecen alguna discapacidad, un trastorno mental, etc.

Como potenciales “objetos” de intervenciones sociales y de salud, al ser atendidos, deben transitar por un sinnúmero de instituciones, atravesar los callejones estrechos y aún laberintos de las “rutas de atención” diseñadas para ellos, por tratarse de “poblaciones especiales” que requieren “atención diferencial”. Algunos de ellos y otros tantos, que al ser desatendidos o no conseguir una integralidad en los servicios, deciden reclamar sus derechos, y para conseguirlo deben tomar aliento y persistir, pues les espera un recorrido largo, complicado, en el que no siempre encontrarán acogida y alivio oportuno.

Para esto se requiere pensar la fundamentación de la política basada en los derechos, como lo señaló el maestro Carlos Gaviria en *El derecho a la salud en Colombia* (2001):

Los derechos del hombre y el ciudadano, en todo tiempo y en todo lugar; basados en la idea del hombre (...) y sobre todo en la dignidad humana. Son un corolario de la *dignidad humana*, el hombre nace con una serie de derechos que el Estado no le otorga, sino que debe reconocérselos, constituyéndose en límites al ejercicio del poder político.

Para que pueda realizarse *el derecho a tener derechos* se requiere eliminar las condiciones materiales y simbólicas que promueven formas de subordinación y marginalidad, y potenciar los saberes sociales para actuar en los espacios privados y públicos, para reconocer las necesidades de grupos sociales diversos y para negociar las relaciones en los diversos ámbitos.

Desde esta obra exhortamos a complementar una ética universalista de la igualdad para todos, con una ética del cuidado, de la diferencia, en la que sea también un referente *el otro*, como otro concreto, reconociendo su identidad, mirándolo en su singularidad, en la manera en que vive y expresa sus necesidades materiales y simbólicas en circunstancias culturales y sociales específicas. De manera que una atención justa y digna, por parte de las instituciones de toda índole, debe instar a revisar de forma crítica y productiva sus saberes, discursos y prácticas. Una vía sería hacerlo en los contextos cotidianos, que es donde se ponen de manifiesto las tensiones entre las construcciones formales y las realidades vividas. Las instituciones deberían constituirse en un genuino espacio de diálogo acerca de las interpretaciones de las necesidades de los sujetos, de manera que, como lo anota acertadamente Valeria Llobet en “Las políticas sociales para la infancia vulnerable” (2006), la reflexividad y la democratización de las instituciones parece la mejor alternativa para avanzar en la concreción de los derechos, de personas especialmente vulnerables.

Un observatorio que propende por el derecho a tener derechos

El Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín es una construcción a varias manos y voces, una iniciativa joven que todavía tiene mucho que dar. Son los usuarios, los ciudadanos, las personas que viven la vulneración de sus derechos y buscan ayuda quienes le dan sentido, como puede evidenciarse en la cotidianidad: siete de cada diez personas que acuden a la Personería justamente lo hacen por temas de salud, de manera que su ámbito es social y por lo tanto debe ser protegido.

Desde su nacimiento, al ODFS se fueron sumando esfuerzos, y en la medida en que ha ganado reconocimiento ha concurrido también actores que no son del sector salud. Esto confirma que es un asunto de todos y que de manera *sui generis* se ha construido un sueño en medio de la concertación, el reconocimiento y el respeto por las ideas de otros. El camino hasta ahora recorrido ha señalado la importancia de acudir no solo a la evidencia científica, sino también al lenguaje de la vida cotidiana para conseguir los objetivos de exigencia y realización de los derechos; quienes han hecho parte del Observatorio, y de mano del Ministerio Público, han aprendido a ser traductores de lenguajes técnicos propios del derecho y de la salud, para conseguir un diálogo más horizontal, por lo tanto, más justo entre actores institucionales y ciudadanos. Cabe resaltar que el Ministerio Público, por delegación constitucional, le ha dado al ODFS facultad para promover, prevenir y sobre todo buscar la efectivización de los derechos humanos. Y es en este marco que, para lograr el mayor nivel de vida digna posible, será necesario garantizar la interdependencia de los derechos, que son uno en la medida en que es necesario que se efectivicen todos para poder lograr la integralidad y la plenitud del ser humano.

Como proyección del Observatorio se propone ampliar el alcance de los mecanismos de inspección, vigilancia y control para el logro de su efectivización, no solo para el departamento, sino para el país. Además

de posibilitar una gestión del conocimiento de sus aprendizajes hacia el Ministerio Público, encargado del tema de salud, en la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Superintendencia Nacional de Salud, para potenciar su ejercicio de control de forma más eficaz, en pro del logro de la materialización de los derechos.

El derecho fundamental a la salud es garantía de una vida íntegra, justa y digna para todos. Es legítimamente el valor de entender que la salud es multidimensional, de ahí la importancia de la investigación, las experiencias de formadores de talento humano, de las acciones de movimientos sociales, y de todos los grupos de interés, en la construcción colectiva, desde la pluralidad de perspectivas, lo que permite ampliar la mirada, posibilitar la reflexión y la construcción crítica, ética y política de un conocimiento y pensamiento en pro de la salud y la vida.

Son quienes han estado históricamente en condiciones de vulneración y postergación quienes nos instan a construir y propender por una igualdad real y material (fáctica), sobre todo en los casos de personas que tienen especiales condiciones, y ante quienes el Estado, con base en el Artículo 13 de la Constitución Política, debe actuar con efectivización específica. Son las personas y poblaciones vulneradas quienes aportan la significación de sus experiencias en los lugares donde acontece la vida, en los territorios, comunidades e instituciones. Además, son ellas y ellos quienes nos develan que, en medio de la oscuridad de la precarización de la vida, se puede actuar mancomunadamente con otros, luchando por la dignificación y el reconocimiento.

Ha llegado el momento en que el **Observatorio sea reconocido como patrimonio de la ciudad**, de la gente, del país. Debemos buscar su consolidación como mecanismo de gestión y voz ciudadana, así como actor clave de la articulación interinstitucional, en el marco de una relación y compromiso bilateral, no solo del Observatorio, sino también de las personas, de la ciudadanía y toda la población hacia este. Para ello es necesario lograr que esté cobijado por una política pública que le confiera continuidad y estabilidad para el bien común y ciudadano.

Para concluir, encontramos en Paulo Freire que el *respeto por la vida* y el reconocimiento de la *esperanza* y la visión de futuro que la inspiran, no significa solo abrigar y consolar el sufrimiento de los excluidos, sino, sobre todo, posibilitar la crítica y la lucha colectiva contra toda forma de opresión. El reto para toda la sociedad es buscar la solución a los obstáculos, aún en medio de las dificultades. Tenemos que abogar por lo posible, como nos lo han indicado las luchas y resistencias de quienes aún en medio de una vida precaria, en la vulneración de sus derechos, en medio de violencias, han optado por la *vida* y han ejercido formas ciudadanas diversas y de resistencia que pueden darnos luces en este camino.

Editores Académicos

AUTORES Y AUTORAS

Andrés Felipe Tirado Otálvaro. Enfermero, Magíster en Epidemiología y Doctor en Salud Pública. Es Profesor en la Facultad de Enfermería y director del Grupo de Investigación en Cuidado de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Ayda Luz Piñeros Martínez. Psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Salud Mental de la Universidad de Antioquia y Diplomada en Psicología Jurídica y Forense del Colegio Colombiano de Psicólogos. Es profesional psicosocial del subcomponente de Atención Individual Familiar y de Grupos de Apoyo de la Unidad Familia Medellín en Metrosalud.

Carlos Alberto Giraldo. Médico, Especialista en Psiquiatría y Magíster en Ciencia Política. Profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Claudia Marcela Vélez. Médica, Especialista en Salud Pública, Magíster en Ciencias Clínicas y PhD en Políticas de Salud. Es profesora e investigadora en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Claudia Ortega Dávila. Estudiante de Gerencia en Sistemas de Información en Salud en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Daniel Felipe Patiño Lugo. Ingeniero Biomédico, Magíster en Evaluación de Tecnologías en Salud y PhD en Políticas de Salud. Es director del

Instituto de Investigaciones Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Profesor e investigador.

David García Arias. Politólogo y estudiante de Maestría en Gobierno y Políticas Públicas en la Universidad EAFIT. Consultor en la Universidad EAFIT.

Deiman Cuartas Celis. Economista y Filósofo, Magíster en Ciencia Política y PhD Ciencias Sociales con especialización en Estudios Políticos de FLACSO. Profesor en Instituto de Estudios Políticos de la Universidad de Antioquia.

Diana Cristina Sánchez Pérez. Psicóloga y Magíster en Salud Mental. Es psicoorientadora en Bienestar Universitario de la Universidad de Antioquia. Ha sido profesora de cátedra en el Tecnológico de Antioquia y en la Universidad de Antioquia.

Diana Patricia Guerra Mazo. Licenciada en Historia y Filosofía, Abogada, Especialista en Cultura Política: Pedagogía de los Derechos Humanos, Especialista en Derecho Constitucional, Especialista en Derecho Administrativo, Magíster en Derecho. Asesora de la Personería de Medellín, profesora e investigadora en distintas instituciones de educación superior.

Eliana Martínez Herrera. Odontóloga, Especialista en Epidemiología, Especialista en Planificación y Gestión de Intervenciones de Cooperación para el Desarrollo, Especialista en Gerencia de La Salud Pública, Magíster en Epidemiología, Doctora en Epidemiología de la Universidad de Antioquia y estudios postdoctorales en la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesora, investigadora y coordinadora de la Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana (LIESU) en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Fernando León Tobón Londoño. Médico y Cirujano, Administrador de Servicios de Salud. Profesor, Coordinador de Prácticas Clínicas y Jefe del Departamento de Salud Pública de la San Martín Fundación Universitaria.

Gabriel Jaime Otálvaro Castro. Odontólogo, Epidemiólogo de Campo, Magíster en Educación y Doctor en Salud Colectiva. Profesor,

coordinador del Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Héctor Iván García García. Médico, Magíster en Salud Pública y Magíster en Epidemiología. Profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Isabel Cristina Posada Zapata. Psicóloga, Magíster en Salud Pública y Candidata a Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Profesora e investigadora en la Universidad de Antioquia.

Jaime León Gañán Echavarría. Tecnólogo Deportivo del Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, Abogado de la Universidad de Antioquia, Especialista en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Pontificia Bolivariana, Doctor en Derecho de la Universidad Externado de Colombia, Estudios Posdoctorales de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Es profesor e investigador en la Corporación Universitaria Americana, CES, UPB y en la Universidad Externado de Colombia.

Joan Benach. Licenciado en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública, Especializado en Medicina Preventiva y Salud Pública y Doctor en Salud Pública por la Johns Hopkins University. Director del Grupo de Investigación en Desigualdades en la Salud, de la Red de Conocimiento de Condiciones Laborales (GREDS-EMCONET) en la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona.

Jorge Emilio Salazar Flórez. Biólogo, Especialista en Estadística y Magíster en Epidemiología. Profesor en la Facultad de Ciencias de la Salud de la San Martín Fundación Universitaria.

José Pablo Velásquez Escobar. Odontólogo y Abogado, Especialista en Seguridad Social, MSc en Derecho y PhD Filosofía. Profesor en Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Juan Manuel Londoño Fonnegra. Estudiante de Derecho en la Universidad de Medellín. Practicante en el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín. Ha sido investigador en

el Semillero de Investigación en Derecho Procesal de la Universidad de Medellín y en el Observatorio de Políticas Públicas del Consejo de Medellín.

Laura Elena Guerra Bedoya. Estudiante de Planeación y Desarrollo Social de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia. Practicante en el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín.

Luisa Fernanda Peláez Figueroa. Estudiante de Planeación y Desarrollo Social de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia. Practicante en el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín.

María del Pilar Pastor Durango. Enfermera, Magíster en Salud Pública y Doctora en Ciencias de la Salud Pública. Profesora en la Universidad de Antioquia.

María Victoria López. Socióloga y Magíster en Medicina Social. Profesora e investigadora en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Marleny Cardona Acevedo. Economista y Doctora en Ciencias Sociales. Profesora e investigadora en la Universidad de Manizales.

Marta Cabrera. Internacionalista de la Universidad Externado de Colombia, Magíster en Análisis de Problemas Políticos, Económicos e Internacionales Contemporáneos del Instituto de Altos Estudios para el Desarrollo y Doctora en Comunicación y Estudios Culturales de la Universidad de Wollongong. Profesora del Departamento de Estudios Culturales en la Pontificia Universidad Javeriana.

Martha Beatriz Gaviria Londoño. Médica y Cirujana de la Universidad Pontificia Bolivariana, Magíster en Epidemiología de la Universidad de Antioquia y Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el CINDE. Es profesora e investigadora en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Mauricio Hernando Torres Tovar. Médico-Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Salud Ocupacional de la

Universidad de Antioquia, Máster en Estudios Políticos de Universidad Nacional de Colombia, Master in Public Health, Institute of Tropical Medicine from Belgium y candidato a PhD en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor e investigador en el Departamento de Salud Pública y en la Facultad de Medicina la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Natalia Eugenia Gómez Rúa. Abogada, Especialista en Derecho de la Seguridad Social, Magíster en Derecho de la Universidad de Antioquia y candidata a Doctora en Salud Pública de la Escuela de Graduados de la Universidad CES. Coordinadora de Posgrados, profesora e investigadora en Facultad de Derecho de la Universidad CES.

Olga Patricia Melo Barbosa. Tiene Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas. Es directora de la Unidad para el Desarrollo de la Ciencia, la Investigación y la Innovación en la Universidad Antonio Nariño.

Sebastián Marín Posada. Psicólogo y Magíster en Salud Pública. Profesor e investigador en la Universidad de Antioquia y en el Politécnico Jaime Isaza Cadavid.

Steven Orozco Arcila. Odontólogo, Magíster en Desarrollo Educativo y Social y Doctor en Salud Pública. Profesor e investigador en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Susana Roldán Ricardo. Estudiante de Derecho en la Universidad Autónoma Latinoamericana. Practicante en el Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud de la Personería de Medellín. Investigadora en el Observatorio de Derecho Constitucional de la Universidad Autónoma Latinoamericana, perteneciente a grupo de investigación de Derecho Minero.

Valentina Espinosa Ruiz. Estudiante de Gerencia en Sistemas de Información en Salud en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Víctor Alfonso Gómez Calderin. Microbiólogo y Magíster en Ciencias Básicas Biomédicas. Profesor en la Facultad de Ciencias de la Salud de la San Martín Fundación Universitaria.

Víctor Stephen González Quintero. Administrador en Salud: Énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Profesional de investigación y extensión en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Yuly Andrea Marín Ospina. Médica y Magíster en Salud Pública. Profesora en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

COMPROMISO POR LA GARANTÍA Y LA DEFENSA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

La salud es un Derecho Fundamental amparado, no solo por nuestra Constitución Política, sino también por múltiples instrumentos internacionales que hacen parte del Bloque de Constitucionalidad en Salud. Este Derecho es inescindible al bienestar, a la dignidad humana y a una vida con calidad y es interdependiente con otros derechos y deberes fundamentales; en este sentido, la Personería de Medellín, en el marco de la conmemoración de los 10 años de su Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud, invita a las organizaciones presentes a comprometerse a:

1. Continuar trabajando por la defensa del Derecho Fundamental a la Salud, velando porque nuestro Estado social de derecho sea el garante formal y material de las condiciones necesarias para el goce efectivo del Derecho Fundamental a la salud. Es decir, se respete, cumpla y proteja el Derecho Fundamental la salud.
2. Eliminar las inequidades en salud, apuntándole a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a los más caros principios de nuestra Constitución Política en favor de las poblaciones más vulnerables.
3. Fomentar la solidaridad para que este derecho conserve siempre su fin social y humanitario.
4. Respetar y acatar el principio pro homine, a través del cual se buscan siempre las acciones y decisiones más favorables para las personas.
5. Contribuir al desarrollo permanente del principio de progresividad para que se continúe avanzando en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
6. Trabajar por un servicio de salud integral e integrador, que brinde protección universal y elimine las inequidades en salud.
7. Promover la intersectorialidad en el sector salud en pro de la sinergia pública-privada en bien de la sociedad en general.
8. Incentivar la participación y la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud para acordar en conjunto soluciones a la crisis del mismo.
9. Establecer una regulación clara en beneficio de las personas y de la sociedad.
10. Actuar de manera corresponsable en el ejercicio de los derechos y deberes en salud.

Firmamos en Medellín, el 20 de noviembre de 2019



— DESDE 1929 —

Teléfono: (574) 219 53 30. Telefax: (574) 219 50 13
Correo electrónico: imprenta@udea.edu.co
Febrero de 2020

El derecho fundamental a la salud en Colombia en el siglo XXI

Una aproximación interdisciplinaria

De esta obra podemos afirmar para Colombia, un Estado Social de Derecho, que la salud constituye un verdadero derecho fundamental, por lo tanto, inherente a la persona humana, irrenunciable, inalienable, imprescriptible, obligatorio para el Estado, vinculante a todos los poderes públicos y a las personas particulares y privadas. Tanto en lo individual como en lo colectivo. Que implica, además, la materialización de una vida digna y con calidad de todas las personas, la cual debe garantizar el Estado. Que a su vez debe permitir el goce efectivo de la accesibilidad, la disponibilidad, la calidad y la aceptabilidad derivada de tal derecho. Así mismo, es un derecho integral, toda vez que no solo habla de la persona en términos biológicos, sino también mentales, sociales, espirituales y cosmogónicos; es un derecho integrador, en cuanto su garantía es mediada no solo por el servicio sanitario, sino por la de otros derechos, deberes, libertades y procesos sociales que lo determinan.