

JUSTICIA SOCIAL Y DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

EDILMA MARLÉN SUÁREZ CASTRO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
INSTITUTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ, D.C.
2011**

JUSTICIA SOCIAL Y DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

EDILMA MARLÉN SUÁREZ CASTRO

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN BIOÉTICA**

DIRECTOR: EDUARDO ALFONSO RUEDA BARRERA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
INSTITUTO DE BIOÉTICA
ESPECIALIZACIÓN EN BIOÉTICA
BOGOTÁ, D.C.
2011**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D.C.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I.....	6
1. POLÍTICA SOCIAL EN EL MODELO NEOLIBERAL.....	6
CAPÍTULO II.....	15
2. DERECHO A LA SALUD.....	15
2.1. Principales instrumentos jurídicos que reconocen el derecho a la salud: ..	16
CAPÍTULO III.....	26
3. SITUACIÓN DE LA POLÍTICA Y EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA	26
3.1. PARADOJAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....	32
3.1.1. Sistema de salud centrado en la enfermedad:	32
3.1.2. Sistema de salud como negocio:	35
3.1.3. Un sistema de salud que conduce al cierre de hospitales públicos:.....	39
3.1.4. El recurso humano estudia para promover la salud y vive de atender la enfermedad:	42
3.1.5. Formación técnico-científica no ajustada a la práctica profesional:.....	43
3.1.6. Cumplir con el ejercicio profesional y ser juzgado por el estado:.....	44
3.1.7. Un recurso humano que trabaja por la salud y no tiene acceso ella: ..	45
3.1.8. Un recurso humano en salud que carece o no accede a los espacios de participación en la formulación de políticas para el sector:	47

CAPÍTULO IV	49
4. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	49
BIBLIOGRAFÍA	52

INTRODUCCIÓN

El título del trabajo hace referencia a la justicia social y al derecho a la salud en Colombia, entendiendo que pese al crecimiento económico que ha tenido el país en la primera década del siglo XXI en el marco del modelo neoliberal, se experimenta “la ausencia del progreso moral y político de la humanidad que pretende encarnar el discurso de los derechos humanos”¹, y entendiendo, en palabras de Kant, que la dignidad no admite paralelo y que lo que está dotado de dignidad no puede ser intercambiado o sacrificado bajo el pretexto de que será reemplazado por un bien de una dignidad igual o superior².

Por lo tanto, la primera parte del trabajo se centra en la dignidad humana y en el reconocimiento de Colombia como un Estado social de derecho, que incorporó la garantía de los derechos humanos en la Constitución Política de 1991 y describe los efectos de la política social neoliberal en el marco de los principios de focalización, descentralización y privatización correspondientes al modelo de desarrollo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Específicamente, su efecto negativo en la garantía del derecho a la salud, en la generación de una nueva cultura del mercado de la salud y de la enfermedad y en la promoción de

¹ CORTES, F. PIEDRAHITA F. De Westfalia a Cosmópolis. Siglo del Hombre Editores. Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, Bogotá, 2011. Pág. 122

² TORRALBA, F. ¿Qué es la dignidad humana? España: Editorial Herder, 2005. Pág. 71

prácticas anti éticas en los actores que administran los recursos, y en los actores que prestan los servicios de atención de la enfermedad.

En la segunda parte se hace una revisión de la normatividad nacional e internacional sobre el derecho a la salud. La tercera parte, examina la situación del derecho a la salud en Colombia a partir de indicadores socioeconómicos y plantea ocho paradojas del actual sistema de salud: centrado en la enfermedad, con la salud como negocio, que conduce al cierre de hospitales públicos. con un recurso humano que estudia para promover la salud y vive de atender la enfermedad, con formación técnico-científica no ajustada a la práctica profesional, personal de salud que trabaja por la salud y no tiene acceso ella y que carece o no accede a los espacios de participación en la formulación de políticas para el sector. En el cuarto capítulo se presentan las consideraciones finales.

CAPÍTULO I

1. POLÍTICA SOCIAL EN EL MODELO NEOLIBERAL

Kant en *Metafísica de las costumbres* sustenta que la dignidad no admite paralelo y que aquello que está dotado de dignidad no puede ser intercambiado o sacrificado bajo el pretexto de que será reemplazado por un bien de una dignidad igual o superior. Para Kant se respeta a los individuos cuando se les reconoce sus derechos y responsabilidades en tanto agentes morales dotados de dignidad³. Es así, como Adela Cortina en ética personalista menciona que “debe predominar la ética para reconocer la dignidad de los seres humanos, no es moralmente justo utilizar a los seres humanos para metas ajenas a su bien, sean económicas, científicas o políticas, ni tampoco suplantarles a la hora de decidir en qué consiste su bien”⁴.

Y es precisamente el reconocimiento de la dignidad humana el argumento central para la exigibilidad de la garantía del derecho a la salud de cada uno de los ciudadanos colombianos, entendiendo que el derecho a la salud ha sido reconocido a partir la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948,

³ Citado por TORRALBA, F. ¿Qué es la dignidad humana? España: Editorial Herder, 2005. Pág. 71

⁴ RIBA, M. y CASAS M. Aproximaciones a la ética personalista de Adela Cortina. [En línea] (Consultado el 27 de septiembre de 2010) Disponible en internet: http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/casas_lopez_mario_jesus/aproximaciones_a_la_etica.htm

en razón a que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su salud y su bienestar personal y familiar.

La dignidad de la persona se afirma en la garantía de los Derechos Humanos, en especial los derechos económicos, sociales y culturales que se concretan a su vez en la política social de los países. En este sentido, dice Montoro que la política social es la “intervención pública dirigida al objetivo del bienestar colectivo e individual”, y dice también Ocampo que esta política “conforma el conjunto de objetivos, normas, sistemas y entidades por medio de las cuales la sociedad se compromete a garantizar los derechos sociales, económicos y culturales” de sus ciudadanos. Y es en este contexto que Colombia en la década de los sesenta suscribió el Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (PIDSEC) que instituyó el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y que posteriormente vinculó en la Constitución Política⁵ de 1991 en los artículos 1 y 2 del Título I que establecen:

Artículo 1º.- Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

⁵ COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, 1991.

Artículo 2º.- Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Sin embargo, pese a ser Colombia un Estado Social de Derecho en términos del derecho a la salud, la Constitución Nacional establece el derecho de la población al aseguramiento, en lugar del derecho a la salud, y se legitima la intervención de la empresa privada. Dos años más tarde con la implementación de la Ley 100 de 1993 se introducen reformas estructurales en el sector salud, se reduce la intervención del Estado a un plan de atención básica que posteriormente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y se deja en manos de las empresas

privadas la administración y prestación de los servicios de salud por la vía del aseguramiento.

Tanto la Constitución Política de 1991 como la Ley 100 de 1993 se dan en el marco de la globalización que junto con la nueva etapa de acumulación de capital “el neoliberalismo”, ha generado reformas estructurales en todos los sectores de la vida nacional. En el caso de Colombia, estas reformas consistieron en: “disciplina fiscal, recortes al gasto público, reforma tributaria, liberalización financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación y la protección a los derechos de propiedad⁶”. Ciertamente, la reforma que ha tenido mayor impacto en la sociedad colombiana ha sido la reducción del gasto público, junto con la modernización del Estado, es decir, la reducción de sus funciones, ante el argumento de una mayor eficiencia del sector privado frente al sector público.

Es así como dieciochos años después de la implantación del modelo de corte neoliberal en el país, los resultados obtenidos no podrían ser peores, mucho más si se comparan con los obtenidos en la década de los años 80, conocida como la década perdida. Pues bien, en el componente social, la situación de Colombia en esta década parece algo exitosa: evitó los grandes desbalances macroeconómicos que caracterizaron a los países de la región, y la nación experimentó, después de

⁶ AHUMADA, C. El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Bogotá: Áncora Editores, 2000.

Chile, el ritmo más alto de crecimiento económico durante las dos últimas décadas; por esta razón, se pudo evitar el aumento en la pobreza y el deterioro en la distribución del ingreso, que experimentaron otros países en la región. Sin embargo, durante la década de los años 90 y primera década del siglo XXI los indicadores sociales no avanzaron y, lo que es peor, algunos han retrocedido dos décadas, como ocurre con el índice de pobreza para Colombia⁷.

En el año 1995, La Comisión Económica para América latina caracterizó la política social neoliberal a partir de tres elementos: focalización, descentralización y privatización. Entendiendo que la focalización busca “concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales, claramente identificada, y luego diseñar el programa con el que se pretende atender un determinado problema o necesidad insatisfecha⁸”, por lo tanto con la focalización se busca en principio destinar recursos a población en situación de franca pobreza. Sin embargo en la actualidad existe una discusión en torno a la focalización que José Antonio Ocampo ha planteado como *Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización*⁹

⁷ OCAMPO, J. A. et al. Macroeconomía, ajuste estructural y equidad en Colombia: 1978-1996. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico. 1998. p. 4

⁸ CEPAL. Focalización y pobreza, Cuadernos de la CEPAL, No 71, Santiago de Chile: 1995. p. 13

⁹ OCAMPO, J. A. Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización. [En línea] (Consultado el 5 de junio de 2011) Disponible en Internet: http://www.nuso.org/upload/articulos/3521_1.pdf

Aunque la focalización tiene ventajas, una estrategia basada en la universalidad y la solidaridad es la más adecuada para atacar la desigualdad y la pobreza. La evidencia estadística demuestra que los efectos redistributivos del gasto público social son más importantes cuanto mayor es la cobertura; en otras palabras, que la mejor focalización es una política universal. Pero una estrategia de este tipo implica un esfuerzo fiscal importante, por lo que será necesario revisar los esquemas tributarios de la región y, sobre todo, trabajar en la construcción de sistemas más progresivos.

En el caso de la descentralización, se traslada las responsabilidades del Estado en los departamentos y municipios a través de la Ley 10 de 1990, Ley 60 de 1993 y Ley 715 de 2001, sin embargo este propósito no llega a su fin y posteriormente se da marcha atrás con la Ley 1122 de 2007, el Plan Nacional de Salud Pública y la Ley 1438 de 2011. Finalmente en palabras de Consuelo Ahumada, la privatización de los servicios sociales¹⁰

Implica el abandono del criterio de servicio público y la introducción del criterio motor de la empresa privada en el sector social: la maximización de las ganancias. Así, de un modelo basado en el concepto de servicios

¹⁰ AHUMADA, C. Política social y reforma de la salud en Colombia. En: Revista Papel Político, abril, 1998, No 7, p. 15

sociales básicos se pasa a uno centrado en el cliente y en su capacidad de pagar.

La política social en Colombia sigue orientada por estos tres postulados: focalización, descentralización y a estos se le suma

“El Manejo Social del Riesgo¹¹”, presentado en el año 2000 por el organismo multilateral como un nuevo marco de protección social, que constituye la actual guía conceptual de reformas aplicadas en el país, se insiste en la inserción de lo social a la lógica y las fuerzas del mercado, y se reafirma la acción del gobierno como una opción cuando todo lo demás falla; asimismo, introduce como actores fundamentales de la política social, a los individuos y sus comunidades (...). La mayor debilidad de la propuesta es que ignora la presencia de condiciones estructurales, como la existencia de dotaciones iniciales muy desiguales entre la población, lo que imposibilita concebir lo social bajo la lógica del riesgo”.

Por otra parte, la aprobación en el Congreso de la República del Proyecto de sostenibilidad fiscal que reforma la Constitución Política de 1991, da prioridad a la sostenibilidad financiera que limita los gastos del Gobierno y de las otras entidades que siempre han presionado las finanzas públicas. Pese a que “La

¹¹ ARROYAVE, I. D. Balance de la política social en Colombia: al banquillo. En: Periódico el Pulso. [En línea] (Consultado el 20 de marzo de 2011) Disponible en internet: <http://www.periodicoelpulso.com/html/may05/debate/debate-04.htm>

iniciativa deberá ser conciliada en las dos cámaras para pasar a sanción presidencial y convertirse en ley de la República. Los críticos del proyecto han advertido que la iniciativa pone límite al alcance de las tutelas y de los derechos fundamentales de los colombianos¹²". Para el exmagistrado José Gregorio Hernández, el proyecto que pronto hará parte de la Constitución Política limita la garantía de los derechos económicos y sociales:

De acuerdo con la norma, el acceso efectivo de todas las personas, en particular las de menores ingresos, a los bienes y servicios básicos, será un acceso ilusorio y formal, porque sólo podrá ser posible "de manera progresiva", y además no se tendrá, como ahora, en forma directa, a los bienes y servicios básicos, sino "al conjunto" de los mismos.

Parafraseando a Francisco Cortes y Felipe Piedrahita en su texto *De westfalia a Cosmópolis. Soberanía, ciudadanía, derechos humanos y justicia económica global*,

Para algunos, al debilitar la capacidad del Estado soberano, la globalización socava el potencial democrático de las sociedades nacionales, produciendo una tensión o contradicción flagrante entre globalización y democracia. A sí mismo, la crisis de la soberanía, la ciudadanía y los derechos humanos en

¹² Aprueban sostenibilidad fiscal que cierra puerta a Estado 'gastón' En: El Espectador. [En línea] (Consultado el 8 de junio de 2011). Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/economia/articulo-276058-aprueban-sostenibilidad-fiscal-cierra-puerta-estado-gaston>

el contexto de la globalización desemboca necesariamente en una crisis de la democracia.¹³

¹³ CORTES, F. PIEDRAHITA, F. De Westfalia a Cosmópolis. Soberanía, ciudadanía, derechos humanos y justicia económica global. Bogotá, Siglo del hombre editores. Instituto de filosofía de la Universidad de Antioquia. 2011. Pág. 229

CAPÍTULO II

2. DERECHO A LA SALUD

La salud como derecho se encuentra enmarcada dentro de los derechos humanos que tienen su origen en la Revolución Francesa de 1789, en la que se proclamaron los derechos del hombre y del ciudadano. Sin embargo se empieza a hablar de salud como derecho sólo a partir de finales del siglo XIX en las políticas de protección social de la Europa Occidental y principios del siglo XX en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud¹⁴ en 1946 y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

A nivel nacional e internacional la salud ha sido reconocida como un derecho humano, inherente a la dignidad humana, muestra de ello es la ratificación de diversos tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud y que a su vez obligan a los Estados a garantizarlo. Según el Comité de Derechos Sociales el derecho a la salud “debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”¹⁵. Vale la pena aclarar que en ninguno de los

¹⁴ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud definió el derecho a la salud como “la aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de salud para todos los ciudadanos. La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales. Todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no sólo a él, sino también a sus familiares”

¹⁵ COLOMBIA, DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derecho a la Salud. Bogotá, D.C., 2004. p. 28

tratados internacionales la salud se define como un derecho a estar sano que a su vez obedece a que la salud se encuentra determinada socialmente.

2.1. Principales instrumentos jurídicos que reconocen el derecho a la salud:

a. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 afirma en su Art. 25¹⁶:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

b. La Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre, aprobada en 1948 reconoce establece “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la

¹⁶ La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 En: Naciones Unidas [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”¹⁷.

c. El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales PIDESC- es el tratado más relevante en materia de derechos en salud. Este Pacto Internacional establece en el Art. 2 numeral 1¹⁸:

Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

Además el Art. 12 establece las obligaciones Estatales en materia de salud, reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y establece las medidas que los Estados deben implantar para asegurar la efectividad de dicho derecho:

¹⁷ Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. En: Comisión Interamericana De Derechos Humanos [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www.cidh.org/basicos/Basicos1.htm>

¹⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En: Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

- La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

d. Más aún, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos ratifica el derecho a la salud, comprendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Y con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, establece que los Estados partes deben reconocer la salud como un bien público y deben adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho¹⁹:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y

¹⁹ Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "protocolo de san salvador" En: Departamento de Derecho Internacional. Organización de los Estados Americanos, Washington D.C. [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>

particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

e. Por su parte el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que los estados tienen tres tipos de obligaciones, derivadas de los derechos reconocidos, obligaciones de *respetar*, obligaciones de *proteger* y obligaciones de *garantizar*.²⁰

²⁰ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General N°3, N°4, N°5 y N°6*; ver también los principios de Limburgo (1986) y los principios de Maastricht (1997).

Estos documentos de Declaraciones, Pactos y Protocolos etc., muestran una visión amplia e integradora del derecho a la salud, plantean medidas dirigidas a disminuir las barreras existentes para el acceso los servicios de salud, e incluso crean responsabilidades en otros sectores diferentes al de salud para la garantía del derecho a la salud.

Además de la Declaración Universal de Derechos Humanos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, existen otros tratados o instrumentos internacionales que constituyen las bases normativas del derecho a la salud y que son una directriz para los Estados en términos de la garantía del derecho y para los ciudadanos otorgándoles la capacidad de exigencia del derecho. Entre estos instrumentos internacionales se encuentran la Convención Americana sobre Derechos Humanos y La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, así como instrumentos relativos a sectores o problemáticas específicas: salud de los trabajadores, salud de los niños, salud de las mujeres, salud y discriminación racial, salud de los pueblos indios, salud de los refugiados, salud de los enfermos mentales, salud de las personas con impedimentos, salud de los portadores VIH y de los enfermos con Sida.

En el caso Colombiano, la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, ha declarado el derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como lo establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales. La Corte Constitucional precisa que pese a que la salud siempre ha sido vista en su conexidad con el derecho a la vida, es un derecho fundamental porque:

Estos derechos fundamentales constituyen las garantías ciudadanas básicas sin las cuales la supervivencia del ser humano no sería posible²¹.

‘Los derechos fundamentales son los que corresponden al ser humano en cuanto tal, es decir, como poseedor de una identidad inimitable caracterizada por su racionalidad que le permite ejercer sus deseos y apetencias libremente. De ahí que se le reconozca una dignidad -la dignidad humana- que lo colocan en situación de superior en el universo social en que se desenvuelve, y por ello, es acreedor de derechos que le permiten desarrollar su personalidad humana y sin los cuales ésta se vería discriminada, enervada y aún suprimida²².

La Sentencia ordena al Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de la Protección Social²³:

²¹ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL Sentencia T-418 de 1992 (19 de junio de 1992). Bogotá

²² COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL Sentencia T-419 de 1992 (17 de junio de 1992). Bogotá

²³ Medidas para enfrentar el problema del sector salud son paliativas: Corte Constitucional. En: Revista Semana [En línea] (Consultado el 7 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/medidas-para-enfrentar-problema-del-sector-salud-paliativas-corte-constitucional/159866-3.aspx>

- Reformar los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, y en especial, adoptar las medidas para eliminar "la incertidumbre" del contenido de los POS, que se conocen como zonas grises y que permite que la EPS decida si determinado servicio está incluido o no.

- Asegurar el flujo de recursos. Entre las órdenes se incluye adoptar un plan de contingencia para "asegurar los pagos de los recobros atrasados en el FOSYGA".

- Proteger el derecho a la información, mediante la distribución a las personas afiliadas de una carta de derechos de los usuarios y una carta de desempeño de las entidades del sector de la salud y adoptar medidas para que progresivamente se alcance la cobertura universal del sistema antes de enero del 2010.

- Ampliar las competencias del Comité Técnico Científico de cada EPS para que también se pronuncie sobre si aprueba o niega solicitudes de servicios médicos diferentes a medicamentos en cualquiera de los regímenes y adoptar las medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el POS.

- Tomar medidas especiales para que no existan obstáculos en la prestación del servicio a los menores de edad.

Sin embargo tres años después de entrar en vigencia la sentencia constitucional T 760, no se ha dado cumplimiento: 1) no se ha unificado el Plan de Beneficios para los dos regímenes y tampoco se han eliminado las zonas grises, 2) el sistema de salud no es autosostenible y “según cifras reveladas por el Ministerio de Hacienda, sólo el régimen contributivo genera un déficit de 1,5 billones de pesos para este año que de mantenerse llegaría a 3,3 billones de pesos en el 2015”²⁴, 3) ausencia de una base de datos que revele con certeza de qué se enferman y de qué se mueren los colombianos

Es alarmante que mientras se venía gestando y realizando el desfalco a los recursos públicos del sector de la salud, el gobierno nacional promulgara Leyes como la 1122 de 2007 o la 1438 de 2011, así como los Planes Nacionales de Salud Pública bajo el discurso del derecho a la salud. No cabe duda que durante las últimas décadas el discurso de los derechos humanos se ha extendido notablemente y ha llegado a ocupar un importante lugar en la literatura sobre el desarrollo y la política social. En el caso de la salud, esta ha logrado superar la concepción negativa de ausencia de enfermedad para ser vista como derecho humano fundamental determinado socialmente, llegando a ser incluida como

²⁴ Ibid.

derecho humano en la política de salud del nivel local y nacional. Sin embargo, si bien es cierto que Colombia junto con otros países ha suscrito tratados internacionales que exigen la garantía del derecho a la salud, este discurso es objeto también de cierto escepticismo sobre la solidez conceptual de su fundamentación que nos lleva a interrogarnos sobre la perspectiva para unos ética y para otros bioética de la garantía del derecho a la salud, de la responsabilidad del Estado y de la política de salud.

Durante estas casi dos décadas del actual sistema de salud, el papel del Estado en el sector salud y en los servicios de salud ha sido de medianamente regulador, observador y legitimador, ha asumido un papel pasivo, pese a que en otros sectores como el militar ha mantenido una fuerte presencia y una política clara. Con la reducción en las funciones del Estado en el sector salud tenemos el “gobierno mínimo”, en donde se confía al Estado la realización de la libertad del mercado a través del ajuste de la vida social a la economía mercantil y en donde la función política se reduce a organizar las relaciones sociales en función de la economía de mercado. Es decir no significa el retiro del Estado como actor sino más bien una decidida acción estatal tanto en el establecimiento de políticas promotoras del sector privado como en la asunción de la responsabilidad de proveer servicios a grandes grupos de población²⁵. Se han restringido al máximo

²⁵ LAURELL, A. C. “La salud: de derecho a mercancía”. En *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Fundación Friedrich Ebert. [En línea] (Consultado el 5 de marzo de 2011), Disponible en internet: http://www.iaveriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf

las decisiones políticas una vez ajustada la organización social a la economía de mercado. De esta manera la atención en salud a la población ha quedado en manos del mercado y de sus regulaciones, porque hoy más que nunca se experimenta la ausencia de la institucionalidad.

CAPÍTULO III

3. SITUACIÓN DE LA POLÍTICA Y EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

En el caso de la salud que se relaciona con el bienestar, la calidad de vida y el logro de la equidad, en Colombia son preocupantes el incremento de la población pobre, las cifras de desempleo y subempleo porque limitan el acceso de la población a una alimentación balanceada, educación, servicios públicos y vivienda, entre otros. Según el Departamento de Planeación Nacional y el Departamento Nacional de Estadística en Colombia actualmente existen 20,5 millones de pobres (46 % de la población), 8 millones de indigentes (17 % de la población), 4 millones de desplazados y 12 % de colombianos desempleados, a esta situación se suma que “el ingreso de los pobres aumento 15%, cuando el ingreso promedio de la economía lo hizo por encima de 40%”²⁶. Se necesita redistribución del ingreso, no es suficiente con el crecimiento del Producto Interno Bruto si este crecimiento no se refleja en el bienestar y calidad de vida de los ciudadanos, es clara la necesidad de erradicar la pobreza, no de administrarla y se suma a esta situación los cerca de tres millones de desplazados por la violencia según las estadísticas del CODHES y Red de Solidaridad Social.

²⁶ SARMIENTO, E. Informe sobre la pobreza: Un paso atrás de la equidad. En: Diario El Espectador [En línea] (Consultado el 1 de octubre de 2010) Disponible en internet <http://www.elespectador.com/columna158591-un-paso-atras-de-equidad>

En relación con los indicadores de salud para Colombia, según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, desde el año 1998 se ha incrementado el número de casos de tuberculosis, con incidencias que oscilan entre 22 x 100.000 hab., para el año 1998, a 24,2 por 100000 habitantes., para el año 2009, llegando a 10.798 casos notificados en el 2009. Persisten los casos de fiebre amarilla, malaria y en relación con el dengue hemorrágico “se observó un incremento significativo en la mortalidad por dengue en el territorio nacional, y como resultado de las unidades de análisis la principal falla está en la calidad de atención de los pacientes con dengue, por fallas principalmente en el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno de estos casos”²⁷.

En relación con la mortalidad materna, Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna después de Bolivia, Perú y Paraguay. A pesar de la alta cobertura de control prenatal y atención institucional del parto 97%²⁸, existen serios problemas de calidad. Para el INS “desde 1998 las muertes han venido disminuyendo en 3,85 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos anualmente hasta 2005, sin embargo el descenso anual esperado de 5,5 muertes maternas no se ha alcanzado”²⁹, “para 2009 se notificaron 7970 casos de muertes perinatales, lo que representó un incremento del 1,63% frente a

²⁷ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional 2009. p. 177. [En línea] (Consultado el 25 de junio de 2011). Disponible en internet: <http://190.27.195.165:8080/index.php?idcategoria=82972>

²⁸ PROFAMILIA. Encuesta Demografía y Salud, 2005. [En línea] (Consultada el 2 de junio de 2011) Disponible en internet: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm

²⁹ Ibid, p. 290.

los casos notificados en 2008 para el mismo periodo (7663), el promedio de muertes perinatales notificadas semanalmente fue de 145 casos³⁰, el mayor porcentaje de muertes maternas ocurre en gestantes afiliadas al régimen subsidiado y se ha identificado como una de las principales causas la precariedad en la calidad de la atención.

Colombia es uno de los países con mayor tasa de fecundidad juvenil en América Latina y el Caribe junto con Brasil, Perú, Bolivia y Ecuador. El 22% de las adolescentes ha estado alguna vez embarazada y asciende al 37% en adolescentes desplazadas, la fecundidad adolescente aumentó entre 1985 y 2005 de 1995, cuando pasó de 70 a 90 por mil. En 2007 nacieron 6.381 niños de madres menores de 15 años, para una tasa específica de fecundidad de 3,01 nacidos vivos por mil mujeres de 10 a 14 años. Un incremento del 20% comparado con 2000 en que la tasa fue de 2.77 por mil.

La tasa de mortalidad infantil para el 2005 fue de 24,89³¹ por 1.000 nacidos vivos que se explica en las bajas coberturas de vacunación de los últimos dieciocho años (67 a 92% en el año 2003), y en enfermedades que como las diarreas y las infecciones respiratorias agudas, han sido responsables de un importante porcentaje de decesos en menores de cinco años. Asimismo, se ha encontrado

³⁰ Ibid, p.292.

³¹ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Modificación a CONPES Social 91 Del 14 De Junio De 2005: "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015" Bogotá D.C.,(Consultado el 28 de marzo de 2011), p. 14

que las áreas en las que mueren más niños y niñas precozmente, presentan también las mayores inequidades en términos de acceso a alimentación, educación, servicios públicos, así como las peores condiciones de higiene.³²

Con estas cifras, puede decirse que en Colombia no ha existido una política de salud, sino una política de acceso a servicios para la atención de la enfermedad, porque la política existente no ha dado respuesta a las necesidades de la población, ha sido inequitativa, ha perpetuado la exclusión de sectores marginados (población campesina, grupos étnicos, población pobre), ha sido profundamente biomédica, se ha caracterizado por no permitir el acceso universal de la población a los servicios y programas de salud, no ha favorecido la participación de la población, pero sí ha favorecido las utilidades de las mal llamadas Empresas Promotoras de Salud –EPS– que son más bien Empresas Aseguradoras de Riesgos en Salud. Aseguradoras que se encuentran entre las cien empresas más rentables del país según lo ha mostrado la revista Salud Colombia y la investigación de Yuri Gorbaneff, Sergio Torres y Nelson Contreras.

Además, en el actual sistema de aseguramiento, la salud ha dejado de ser un bien público de responsabilidad del Estado para convertirse en un producto del ámbito privado, responsabilidad de la persona y su familia, ignorando, como lo menciona Asa Cristina Laurell que “el carácter público de un bien se determina a partir de

³² UNICEF. Mortalidad materna e infantil en Colombia. [En línea] (Consultado el 2 de junio de 2011). Disponible en internet: <http://www.unicef.html>

que la sociedad lo considera valioso y/o socialmente prioritario y decide asumirlo y financiarlo colectivamente³³ En este sentido, la política del sector salud actualmente es más una política de regulación del mercado, con un impacto negativo en la salud pública y adaptada a las exigencias de los acuerdos de libre comercio –TLC y ALCA.

Asa Cristina, en otro artículo, que titula *La salud: de derecho social a mercancía*³⁴ (16), analiza la política de salud propuesta por el Banco Mundial en su *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Invertir en salud, señalando que este informe obedece a dos objetivos: “el primero compatibiliza la salud con la doctrina neoliberal, que ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y solo bajo ciertas condiciones como tarea pública. Y el segundo, que adecua el gasto público, incluyendo salud”.

Hoy más que ayer se requiere el reconocimiento del imperativo ético de responder a las necesidades de la sociedad en el contexto de los derechos humanos universales que Colombia se ha comprometido a garantizar. Un ejemplo claro de la necesidad de este imperativo ético es la búsqueda por la garantía del derecho a la salud de la población colombiana. Hasta el momento, los sistemas de salud que

³³ LAURELL, A. C. “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”. En: *Revista Nueva Gaceta*, segundo semestre, 2000. Año 1, no. 1.

³⁴LAURELL, A. C la salud: de derecho social a mercancía En: “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”, Fundación Friedrich Ebert . [En línea]. (Consultado el 10 de marzo de 2011) Disponible en internet: http://www.iaveriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf

ha tenido el país –Sistema Nacional de Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud– han respondido más a un concepto de salud basado en la asistencia y curación de la enfermedad que a comprender la salud como la resultante de la satisfacción de necesidades básicas y control sobre los determinantes sociales de la salud y de la calidad de vida.

Asa Cristina Laurell³⁵, en su artículo La política de salud en el contexto de las políticas sociales, hace una descripción acertada de la actual política de salud, en los siguientes términos:

La política de salud concreta, que se desprende de la política social neoliberal, tiene dos grandes ejes: la mercantilización de la gestión del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud, y la reducción de los servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios esenciales para los comprobadamente pobres.

³⁵ OP. CIT.

3.1. PARADOJAS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Evidencias de la carencia de una política de salud en el país son las numerosas y permanentes paradojas del sistema:

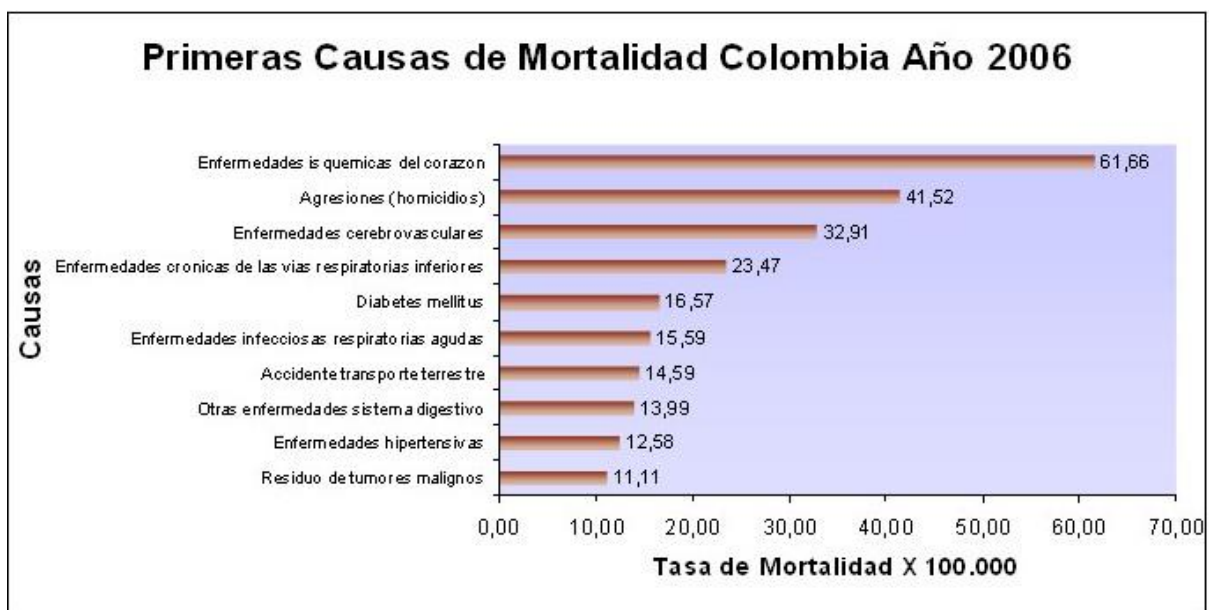
3.1.1. Sistema de salud centrado en la enfermedad:

El concepto de salud en la legislación, y por lo tanto en el sistema de aseguramiento, es el de ausencia de enfermedad. Por esto, se centra en instituciones que atienden la enfermedad y en un seguro que cubre parte de los costos de esta atención. Sin embargo, existe un doble mensaje y es que una persona se puede enfermar pero no se puede complicar, porque los medicamentos ya no los cubre el plan obligatorio de salud y las aseguradoras ya no la quieren tener afiliada por considerar que no es rentable. El sistema pretende intervenir los factores de riesgo desde la modificación de estilos de vida, desconociendo los determinantes de la salud en que se encuentra inmersa la persona como son el acceso a la educación, la nutrición, la vivienda, el trabajo, el salario justo, la recreación y los servicios públicos entre otros, incluyendo el acceso a instituciones de salud.

Las pobres y en algunos casos inexistentes acciones en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han desencadenado en un preocupante

incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles principalmente las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, causantes de muerte e incapacidad en la población colombiana.

Según cifras del Boletín del Observatorio en Salud, de acuerdo a las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el año 2009 la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas respiratorias, las enfermedades cerebrovasculares, las agresiones y las enfermedades isquémicas del corazón siguen predominando como las cinco causas de mortalidad en Colombia, como se observa en la gráfica a continuación³⁶



³⁶ Boletín del Observatorio en Salud, Actualidad en salud: Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. 2010, Vol. 3; No. 4

Fuente: Así vamos en salud: 10 primeras causas de muerte 1980 – 1985 – 1990 – 2000 – 2005 – 2006. <http://www.asivamosensalud.org>

Por otra parte, en mayo de 2008, la Procuraduría General de la Nación presentó los resultados del estudio *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* (13), en el que concluye que pese a las innumerables reformas y ajustes que ha sufrido el modelo, éste sigue planteando interrogantes sobre su idoneidad para satisfacer integralmente el derecho a la salud de la población e indica los elementos mínimos que debe tener la política de salud colombiana para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos:

- que el sistema de salud no se limite a atender la enfermedad sino que también trate los factores subyacentes y determinantes de la salud,
- que el diseño y funcionamiento de dicho sistema respete ciertos principios básicos comunes a los derechos humanos, como el deber de transparencia, la participación, la rendición de cuentas y el respeto a las diferencias culturales y a los principios de igualdad y de no discriminación;

- que cuente con un sistema de información, de indicadores y metas, en perspectiva de derechos humanos, que permita evaluar con claridad los avances y retrocesos en la satisfacción del derecho a la salud;
- que el Estado promueva sistemas de financiación adecuados y equitativos que canalicen los recursos necesarios para lograr una satisfacción progresiva pero cada vez más plena e integral del derecho a la salud; y
- que la política de salud satisfaga los contenidos básicos directamente exigibles del derecho a la salud.

3.1.2. Sistema de salud como negocio:

Mientras las instituciones prestadoras de servicios de salud implementan estrategias para incrementar la facturación por consultas y procedimientos realizados y así lograr un equilibrio financiero, las EPS idean estrategias para glosar las facturas o demorar su pago. La evidencia del negocio de la salud en Colombia fue reportada en mayo de 2009 por la *Revista Semana*³⁷, encontrando a varias EPS dentro de las empresas más grandes del país, situación que ya había

³⁷ Las 100 empresas más grandes de Colombia. Revista Semana. 2 de mayo de 2009. p 224. . [En línea]. (Consultado el 5 de febrero de 2010) Disponible en internet: en: <http://www.semana.com/noticias-economia/100-empresas-grandes-colombia/123450.aspx>

sido identificada en años anteriores y publicada. En tanto esto ocurre, ¿quién se interesa por la salud de la persona, del trabajador, del campesino, del desplazado, del indígena?

El estudio *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*³⁸, elaborado por la Universidad de Antioquia, la Universidad Industrial de Santander y la Procuraduría General de la Nación y publicado en el año 2009, llegó a conclusiones que permiten comprender la complejidad de la crisis y los alcances perversos del mercado de la salud. El estudio encontró que

- La dinámica del mercado y competencia enfatizan la búsqueda de la rentabilidad financiera, sin importar los medios que sean necesarios para lograrlo, lo que lleva a prácticas y conductas que atentan contra la ética, contra los derechos, los deberes, los principios y los valores públicos.
- El acceso y la calidad se limitan por las estrategias de contención de costos y de rentabilidad financiera.
- Las deficientes condiciones laborales coartan la autonomía del personal de salud y generan dilemas éticos en las decisiones en salud.
- Debilidad del Gobierno central y de los entes territoriales.

³⁸ Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Procuraduría General de la Nación, Bogotá. 2009. p. 228-235.

- Un sistema de vigilancia y control inefectivo.
- EPS centradas en la rentabilidad financiera.
- Surgimiento de antivales.
- La decisión y acción de los profesionales de la salud está mediada, intervenida, orientada y dirigida por criterios financieros y administrativos; lo que no da opción de tratamientos acordes con el diagnóstico y situación de salud de la población.

Además, en el año 2009 el Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia publicó en los resultados del estudio denominado *Itinerarios burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada*³⁹, concluyendo:

- Las negaciones más comunes de atención incluyen citas médicas, exámenes de laboratorio o tratamientos.
- Tanto las compañías de seguros como las instituciones prestadoras de servicios utilizan la estructura legal del sistema para justificar los diferentes tipos de negaciones.
- La atención gerenciada en Colombia ha creado burocracias complejas que retrasan y limitan la atención por medio de mecanismos de

³⁹ABADIA, C. Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2009. p. 7-15.

contención de costos, lo cual ha dado como resultado consecuencias deletéreas para la vida de las personas.

- Los nuevos itinerarios del sistema de atención gerenciada en Colombia son demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que se imponen en los pacientes para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada.
- El sistema de salud del país debería ser considerado, en sí mismo, como una barrera de acceso estructural.

En Colombia el sistema de aseguramiento privado está siendo noticia con frecuencia en los medios de comunicación a causa de la corrupción de las instituciones que administran los recursos: El Espectador el 25 de abril titula EPS: ¿Salud o negocio?, citando al senador Jorge Enrique Robledo quien señala que las EPS están utilizando el dinero de la atención de los usuarios para aumentar su patrimonio. En este mismo titular se presentan las medidas tomadas frente a los presuntos sobrecostos en los medicamentos por cerca de un billón de pesos, tal como lo planteara un estudio realizado por la Universidad Nacional y el mismo Ministerio de Protección Social, el cual advierte incrementos de hasta del 300% en el precio de las medicinas⁴⁰, así como, presuntas irregularidades en el manejo del presupuesto asignado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que estarían

⁴⁰ EPS: ¿Salud o negocio? En: El Espectador. [En línea]. (Consultado el 30 de abril de 2011) Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/impreso/politica/articulo-265165-eps-salud-o-negocio>

generado sobrecostos cercanos a un billón de pesos. La revista Semana el 3 de mayo de 2011 publica “Carrusel de la salud: hallan nuevo desfalco por \$22.000 millones⁴¹”, El Espectador, 5 de mayo de 2011 “Abren indagación a 34 gerentes de EPS por carrusel de la salud” y nuevamente Revista Semana, 10 de mayo de 2011 “Carrusel de la salud⁴²: Interrogatorio a exfuncionarios del Minprotección continuará esta semana”.

3.1.3. Un sistema de salud que conduce al cierre de hospitales públicos:

Como ha ocurrido con el Hospital San Juan de Dios, el Lorencita Villegas de Santos, el Hospital de Caldas así como con las frecuentes crisis hospitalarias de la red pública, incluyendo la crisis y liquidación de la EPS del Seguro Social. Sobre este aspecto, el economista Jorge Iván González afirma que en la actual lógica de autofinanciación “una parte importante de las fuentes de financiación de la salud son recursos del presupuesto nacional. Así que lo autocontenido⁴³ no tiene que ver con el origen de los recursos y se rompe porque la equidad obliga a pensar la salud desde una perspectiva que supera el marco del sistema de seguridad social

⁴¹. Carrusel de la salud': hallan nuevo desfalco por \$22.000 millones. En: Revista Semana [En línea] (Consultada el 7 de mayo de 2011) Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/carrusel-salud-hallan-nuevo-desfalco-22000-millones/156125-3.aspx>

⁴² Abren indagación a 34 gerentes de EPS por carrusel de la salud. En: El Espectador. [En línea].(Consultado el 13 de mayo de 2011) Disponible en internet:<http://www.elespectador.com/impreso/salud/articulo-267548-abren-indagacion-34-gerentes-de-eps-carrusel-de-salud>

⁴³ La expresión auto contenido hace referencia a autofinanciable.

en salud⁴⁴". Adicionalmente, mientras el Gobierno les exige mayor eficiencia en el manejo de los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, es el mayor deudor de estas mismas entidades, contribuyendo él mismo a esa ineficiencia y a la crisis.

Si en el anterior sistema de salud los hospitales de la red pública en el segundo semestre de cada año se encontraban ilíquidos, en la actualidad la crisis de las IPS públicas y privadas es permanente, así lo registran los medios de comunicación como la Revista Semana⁴⁵:

Hoy el flujo de recursos no es seguro, por lo tanto, la orden de la Corte tampoco se ha cumplido y basta con mirar la crisis que viven las clínicas y los hospitales públicos y privados del país que no han recibido de las EPS, ni de los entes territoriales ni del FOSYGA el pago por haber atendido a sus afiliados. La deuda, a diciembre de 2010 era de 3,4 billones de pesos.

La crisis financiera en las clínicas y hospitales colombianos es delicada. El problema está en las millonarias deudas que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, y el mismo Estado (entes territoriales y

⁴⁴ GONZÁLEZ, J. I. "Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad". *En: Revista Gerencia y políticas de salud*. Septiembre, 2002. Vol. 1, No. 2.

⁴⁵ Sector salud no pasó examen de la Corte Constitucional. *En: Revista Semana* [En línea]. (Consultado el 8 de julio de 2011) Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/sector-salud-no-paso-examen-corte-constitucional/159906-3.aspx>

FOSYGA), no les han cancelado por los servicios prestados a los afiliados al sistema de salud.

La cartera asciende a 3,7 billones de pesos a corte de diciembre del 2010. De estos recursos, el 52 por ciento corresponde a deudas que no se pagaron en los plazos que fija la ley. Las que más se atrasan, según una investigación de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), son las EPS del régimen contributivo, que adeudan 1,3 billones de pesos.

Les siguen las aseguradoras del régimen subsidiado, con 888.000 millones de pesos, y el Estado, con 615.000 millones de pesos. La situación es compleja si se suma a los problemas de corrupción y de fuga de recursos que caracterizan el sector desde hace décadas.⁴⁶

Al Hospital Universitario del Valle le deben 350.000 millones de pesos y se vio obligado a suspender servicios ambulatorios. El Federico Lleras tiene una cartera de 81.000 millones de pesos y enfrentó la semana pasada un paro de trabajadores que no reciben salario desde hace dos meses. En Cauca está el Hospital Francisco de Paula Santander, al que le deben 8.160 millones de pesos, y en el San Jorge de Pereira, el monto alcanza 38.000 millones de pesos.

⁴⁶ Así es la crisis que viven clínicas y hospitales del país. En: Revista Semana. [En línea]. (Consultado el 8 de julio de 2011) Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/crisis-viven-clinicas-hospitales-del-pais/159843-3.aspx>

3.1.4. El recurso humano estudia para promover la salud y vive de atender la enfermedad:

Los planteamientos de promoción de la salud han sido modificados por el actual sistema y reducidos a acciones de educación e información con el objetivo de modificar los estilos de vida en las personas ignorando su relación con los determinantes de la salud. Se ha pasado de la promoción de la salud definida en Ottawa-Canadá como “el proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud”, a través de las estrategias de política pública saludable, entornos que apoyan la salud, participación comunitaria, habilidades personales y servicios sanitarios, a promoción de la salud como:

el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y la solución de sus problemas.⁴⁷

⁴⁷ COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. La Promoción de la salud. [En línea] (Consultado el 20 de febrero de 2002) Disponible en internet: http://www.dnp.gov.co/02_SEC/SALUD/SALUD.HTM.

El actual sistema de aseguramiento se desconoce décadas de trabajo internacional y nacional en torno a la promoción de la salud y se construyen características apropiados al sistema así como a los intereses de las empresas privadas que administran los recursos de la salud. El sistema de aseguramiento privado ha generado un cambio de cultura en salud que junto con prácticas hegemónicas han llevado a restringir el desempeño profesional al nivel de instituciones asistenciales, siendo precario el trabajo con comunidades en especial en las estrategias de empoderamiento, participación comunitaria y creación de ambientes favorables para la salud y la calidad de vida.

3.1.5. Formación técnico-científica no ajustada a la práctica profesional:

Los estudiantes del sector salud realizan sus prácticas en instituciones de tercer y cuarto nivel con tecnología de punta, mientras su desempeño laboral en general se realizará en zonas lejanas del país carentes de desarrollos tecnológicos (en particular en su Servicio Social Obligatorio) como consecuencia de las dificultades que tienen los hospitales de territorios nacionales para acceder a tecnología de punta debido al recorte presupuestal a que se ven sometidos. La formación también está orientada al cuidado a la persona en forma individual e institucionalizada y no se enseña a trabajar con colectivos.

3.1.6. Cumplir con el ejercicio profesional y ser juzgado por el estado:

Existen frecuentes dilemas sobre el ejercicio profesional en la situación de conflicto que vive el país. Se tiene una política de salud que ignora más de cuatro décadas de continua violencia y confrontación, que no protege el ejercicio profesional y para la cual la población desplazada es invisible. Esta situación se evidencia en las judicializaciones a las que se ven sometidos los trabajadores de la salud por el desempeño de su labor en medio de la población civil y de los grupos en conflicto, en cumplimiento de sus deberes éticos y profesionales, del derecho internacional humanitario y la legislación nacional. Igualmente, son preocupantes las sistemáticas y continuas infracciones a la Misión Médica en Colombia por parte de los grupos armados.

Al tiempo que persiste y se degrada el conflicto armado, se han hecho sistemáticas las infracciones a la Misión Sanitaria y al Derecho Internacional Humanitario dificultando la prestación de los servicios de salud y la integridad del personal sanitario. Según una investigación del Comité Internacional de la Cruz Roja durante 1995 y 1998 se presentaron 76 homicidios de personal sanitario, 4 desapariciones, 9 personas heridas durante el ejercicio de la misión sanitaria, 114 personas amenazadas, 57 desplazadas, 59 retenidas, 21 homicidios de heridos protegidos, 61 ataques a la infraestructura sanitaria que incluyen ataques a medios de transporte y a unidades sanitarias así como transformación de medios

de transporte y unidades sanitarias en objetivos militares. Obteniéndose de 1995 a 1998, una infracción cada 1.6 días con un total de 220 casos.

Pero el problema no radica únicamente en la sistemáticas y diversas infracciones, una investigación realizada en el año 2002 por estudiantes de la Universidad Nacional⁴⁸ encontró que a esta situación se suman otras dos problemáticas, la primera la falta de apoyo institucional a las víctimas de las infracciones a la misión médica y la segunda un desconocimiento generalizado en el personal sanitario acerca del derecho internacional humanitario.

3.1.7. Un recurso humano que trabaja por la salud y no tiene acceso ella:

Con los actuales esquemas de contratación existentes las empresas vinculan laboralmente a los profesionales y personal sanitario en condiciones de flexibilización laboral y “tercerización” de los servicios; en otros casos el personal de salud es subempleado y en cualquiera de las situaciones anteriores con bajos salarios e incluso con retraso de meses en los pagos. Cualquiera de las anteriores vinculaciones se acompañan de permanentes evaluaciones de rendimiento que si bien contribuyen con la garantía de la calidad del trabajo, son pobres en programas de salud ocupacionales y carentes de planes de incentivos. Entonces, ¿cuál es la calidad de vida de los profesionales del sector y en general del

⁴⁸ BÁEZ, L. y MADROÑERO, V. El conflicto armado interno y su impacto sobre la misión médica en Colombia: El caso de once municipios de Nariño y Boyacá. Universidad Nacional de Colombia, 2002.

personal de salud que labora en las diferentes instituciones?, pregunta necesaria, en especial si en el inmediato futuro es objeto de reformas legislativas que promueven y priorizan planes de equilibrio fiscal.

La flexibilización, informalización y precarización laboral promovida en la década del 90, ha afectado drásticamente a los profesionales y trabajadores del sector salud, muestra de ello son los hallazgos de un estudio realizado en Julio de 2005 sobre calidad de vida de los profesionales de enfermería y las consecuencias en el cuidado de los pacientes, el estudio encontró precariedad del empleo por la pérdida de la estabilidad laboral, las prestaciones sociales y el pago de recargos nocturnos y festivos, a pesar del incremento de la jornada laboral, la sobrecarga laboral y el poco tiempo de dedicación a la atención directa de los pacientes.

El estudio concluye que el modelo neoliberal aplicado al Sector Salud, ha tenido un impacto negativo en el cuidado y la calidad de vida personal y familiar de los profesionales de enfermería, debido a que se presenta una restricción en la realización de necesidades para el pleno desarrollo humano.

El tipo de contratación, la precarización laboral de los trabajadores de la salud y el sistema de aseguramiento afecta directamente a las personas que acuden a las instituciones que brindan servicios de salud, propicia la ocurrencia de eventos adversos que afectan la integridad y la vida de los sujetos de cuidado, favorecen la

delegación de funciones en personal que no se encuentra capacitado ni tiene la experiencia y al final el paciente y la familia son los afectados.

3.1.8. Un recurso humano en salud que carece o no accede a los espacios de participación en la formulación de políticas para el sector:

O tal vez como lo mencionaba el médico Héctor Darío Abad en la Universidad de Antioquia “el problema de los profesionales del sector salud es que nos hemos dedicado a lo técnico y hemos abandonado lo político y por esta razón, son otros quienes toman las decisiones del sector salud”⁴⁹. Aquí podríamos preguntarnos ¿qué facultades y profesiones están discutiendo y participando en la formulación de la política de salud hoy? ¿Cómo ha sido la participación de los profesionales del sector y cómo ha incidido el análisis académico desde las facultades de salud? Porque el problema no reside en que sea economía, administración o derecho quienes estén en la discusión actual, sino más bien la necesidad de un actuar *inter multi* y transdisciplinario para construir una política de salud coherente con la situación del país y las necesidades de la sociedad y no sólo para responder a intereses económicos del sector financiero nacional e internacional.

⁴⁹ CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD PÚBLICA. (2: 15-17, noviembre, 2001: Medellín) Memorias, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia. 2001.

En el ámbito de la educación en salud se necesita incluir en los currículos la formación política sin abandonar los avances en lo técnico, analizar la legislación y no sólo adaptarse a cumplir con los cambios impuestos por esta, reflexionar y actuar frente a los dilemas éticos que viven hoy los profesionales del sector y promover una política que busque el beneficio de la sociedad en su conjunto y no solo el beneficio individual. Se necesita avanzar hacia la comprensión de la salud como la resultante de una política social que garantiza los derechos de los ciudadanos no sólo en su condición de pobreza, de desplazamiento, de diferencias étnicas o de género, sino en el marco del Estado social de derecho como ciudadanos colombianos.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

La garantía del derecho a la salud sólo se puede dar en condiciones de justicia social y reconocimiento de los derechos humanos en especial los derechos económicos, sociales y culturales. La preocupación por el derecho a la salud se centra en el respeto a la dignidad humana y la promoción de la calidad de vida para la realización del proyecto de vida como individuos y un proyecto de vida como nación.

Después de dieciocho años de vigencia del sistema de aseguramiento privado en salud no cabe la menor duda que tanto este sistema como el sistema nacional de salud no permiten la garantía del derecho a la salud de la población colombiana. Para los administradores de los recursos del actual sistema, la dificultad se encuentra en la falta de recursos y en la falta de actualización del plan de contenidos, para las entidades prestadoras de servicios de salud el problema reside en las bajas tarifas que les pagan las empresas aseguradoras y en la cantidad de exámenes diagnósticos, medicamentos y procedimientos que los médicos prescriben a los usuarios del sistema; para los médicos el problema se encuentra en el poco tiempo para la realización de la consulta, la restricción en la atención y los bajos salarios y finalmente la persona que acude por situación de enfermedad no encuentra solución a su problema, que persiste hasta complicarse,

demandar mayores recursos e infraestructura, ocasionar una discapacidad o en el peor de los casos la muerte.

Mientras esto ocurre, las EPS incrementan significativamente su capital económico, construyen nuevas instalaciones, adquieren tecnología de punta, invierten en otros sectores con recursos públicos producto del pago de impuestos, de las contribuciones de la población trabajadora, desviando con fines privados los recursos públicos. Esta situación junto con los actuales escándalos de corrupción recuerdan la columna de opinión del Espectador del 10 de enero de 2010, en la que Elisabeth Ungar Bleier de Transparencia por Colombia, llama la atención sobre la necesidad que tenemos los colombianos de Construir una ética de mínimos

Es decir, aquellos principios en torno a los cuales pueden —y deberían— estar de acuerdo todas las personas pertenecientes a un determinado grupo u organización social para lograr un mínimo bienestar de todos sus miembros y garantizar el respeto a la dignidad humana y a los derechos fundamentales, aun teniendo posturas diferentes e incluso opuestas sobre otros temas relevantes. Pero no basta que estas normas existan. Es indispensable que sean universales, es decir, obligatorias y aplicables a todos, y que las sanciones —morales y legales— para quienes las transgreden, también sean universales.

En diciembre de 2009, con ocasión del Día Internacional de Lucha contra la Corrupción, en este mismo espacio comenté sobre la urgencia de decretar una emergencia ética en el país con el propósito de enfrentar la corrupción y diferentes manifestaciones de captura del Estado por actores legales e ilegales. Sería un gran avance para lograr la ética de mínimos. ¿Podremos seguir posponiendo esta decisión?

No cabe duda que el interrogante planteado por Elisabeth Ungar Bleier es en Colombia una necesidad impostergable, requerimos de una moral cívica que contenga los valores que la sociedad tiene que compartir para construir entre todos los miembros nuestro mundo⁵⁰. Y requerimos también del reconocimiento del imperativo ético de responder a las necesidades de la sociedad en el contexto de los derechos humanos universales que Colombia se ha comprometido a garantizar. Colombia necesita una política social que garantice los derechos humanos, sociales económicos y culturales de la población, porque “la democracia depende del respeto a la libertad de expresión, las elecciones y el principio de la mayoría; pero para que funcione, depende también de ciertas condiciones sociales mínimas que permitan la construcción de ciudadanía⁵¹”. No es posible la democracia sin justicia social.

⁵⁰ CORTINA, A. Democracia participativa y sociedad civil. Una ética empresarial. Fundación Social, Siglo del Hombre Editores. Bogotá, 1998, Pág. 123

⁵¹ SÁNCHEZ, R. “Política, democracia y ciudadanía”. En: *Revista Desafíos*. Junio-diciembre, 2003, no. 9.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABADIA, C. Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2009. p. 7-15.
2. AHUMADA, C. El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Bogotá: Áncora Editores, 2000.
3. AHUMADA, C. Política social y reforma de la salud en Colombia. En: Revista Papel Político, abril, 1998, No 7, p. 15
4. ARROYAVE, I. D. Balance de la política social en Colombia: al banquillo. En: Periódico el Pulso. [En línea] (Consultado el 20 de marzo de 2011) Disponible en internet: <http://www.periodicoelpulso.com/html/may05/debate/debate-04.htm>
5. BÁEZ, L. y MADROÑERO, V. El conflicto armado interno y su impacto sobre la misión médica en Colombia: El caso de once municipios de Nariño y Boyacá. Universidad Nacional de Colombia, 2002.

6. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Boletín del Observatorio en Salud, Actualidad en salud: Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. 2010, Vol. 3; No. 4
7. CEPAL. Focalización y pobreza, Cuadernos de la CEPAL, No 71, Santiago de Chile: 1995. p. 13
8. COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, 1991.
9. COLOMBIA, DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derecho a la Salud. Bogotá, D.C., 2004. p. 28
10. COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. La Promoción de la salud. [En línea] (Consultado el 20 de febrero de 2002) Disponible en internet: http://www.dnp.gov.co/02_SEC/SALUD/SALUD.HTM.
11. COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL Sentencia T-418 de 1992 (19 de junio de 1992). Bogotá
12. COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL Sentencia T-419 de 1992 (17 de junio de 1992). Bogotá

13. COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008 (31 de julio de 2008). Bogotá
14. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General N°3, N°4, N°5 y N°6*; ver también los principios de Limburgo (1986) y los principios de Maastricht (1997).
15. CONGRESO INTERNACIONAL EN SALUD PÚBLICA. (2: 15-17, noviembre, 2001: Medellín) Memorias, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia. 2001.
16. COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, Bogotá, 1991.
17. CORTES, F. PIEDRAHITA, F. De Westfalia a Cosmópolis. Soberanía, ciudadanía, derechos humanos y justicia económica global. Bogotá, Siglo del hombre editores. Instituto de filosofía de la Universidad de Antioquia. 2011. Pág. 229
18. Declaración americana de los derechos y deberes del hombre. En: Comisión Interamericana De Derechos Humanos [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www.cidh.org/basicos/Basicos1.htm>

19. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 En: Naciones Unidas [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
20. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derecho a la Salud. Bogotá, D.C., 2004. p. 28
21. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Modificación a CONPES Social 91 Del 14 De Junio De 2005: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015” Bogotá D.C., (Consultado el 28 de marzo de 2011), p. 14
22. EL ESPECTADOR. Aprueban sostenibilidad fiscal que cierra puerta a Estado 'gastón'. [En línea] (Consultado el 8 de junio de 2011). Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/economia/articulo-276058-aprueban-sostenibilidad-fiscal-cierra-puerta-estado-gaston>
23. EL ESPECTADOR. EPS: ¿Salud o negocio? [En línea]. (Consultado el 30 de abril de 2011) Disponible en internet: <http://www.elespectador.com/impreso/politica/articulo-265165-eps-salud-o-negocio>

24. EL ESPECTADOR. Abren indagación a 34 gerentes de EPS por carrusel de la salud. [En línea].(Consultado el 13 de mayo de 2011) Disponible en internet:<http://www.elespectador.com/impreso/salud/articulo-267548-abren-indagacion-34-gerentes-de-eps-carrusel-de-salud>
25. EL ESPECTADOR. EPS: ¿Salud o negocio? [En línea]. (Consultado el 30 de abril de 2011) Disponible en internet:
<http://www.elespectador.com/impreso/politica/articulo-265165-eps-salud-o-negocio>
26. EL ESPECTADOR. Abren indagación a 34 gerentes de EPS por carrusel de la salud. [En línea].(Consultado el 13 de mayo de 2011) Disponible en internet:<http://www.elespectador.com/impreso/salud/articulo-267548-abren-indagacion-34-gerentes-de-eps-carrusel-de-salud>
27. GONZÁLEZ, J. I. “Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad”.
En: *Revista Gerencia y políticas de salud*. Septiembre, 2002. Vol. 1, No. 2.
28. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Epidemiológico Nacional 2009. p. 177. [En línea] (Consultado el 25 de junio de 2011). Disponible en internet:
<http://190.27.195.165:8080/index.php?idcategoria=82972>

29. JUSIDMAN RAPOPORT, C. Reflexiones ciudadanas sobre la política social, México D.F., 2008. p. 7
30. LAURELL, A. C la salud: de derecho social a mercancía En: “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”, Fundación Friedrich Ebert. [En línea]. (Consultado el 10 de marzo de 2011) Disponible en internet: http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf
31. LAURELL, A. C. “La política de salud en el contexto de las políticas sociales”. En: Revista Nueva Gaceta, segundo semestre, 2000. Año 1, no. 1.
32. LAURELL, A. C. “La salud: de derecho a mercancía”. En Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Fundación Friedrich Ebert. [En línea] (Consultado el 5 de marzo de 2011), Disponible en internet: http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf
33. MOLINA, G. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Procuraduría General de la Nación, Bogotá. 2009. p. 228-235.

34. OCAMPO, J. A. et al. Macroeconomía, ajuste estructural y equidad en Colombia: 1978-1996. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico. 1998. p. 4
35. OCAMPO, J. A. Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización. [En línea] (Consultado el 5 de junio de 2011) Disponible en Internet: http://www.nuso.org/upload/articulos/3521_1.pdf
36. OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [En línea] (Consultado el 28 de enero de 2011). Disponible en internet: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
37. PROFAMILIA. Encuesta Demografía y Salud, 2005. [En línea] (Consultada el 2 de junio de 2011) Disponible en internet: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm
38. Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "protocolo de san salvador" En: Departamento de Derecho Internacional. Organización de los Estados Americanos, Washington D.C. [En línea] (Consultado el 28 de

enero de 2011). Disponible en internet:

<http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>

39. REVISTA SEMANA. Las 100 empresas más grandes de Colombia.. 2 de mayo de 2009. p 224. . [En línea]. (Consultado el 5 de febrero de 2010) Disponible en internet: en: <http://www.semana.com/noticias-economia/100-empresas-grandes-colombia/123450.aspx>

40. REVISTA SEMANA. Carrusel de la salud': hallan nuevo desfalco por \$22.000 millones. [En línea] (Consultada el 7 de mayo de 2011) Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/carrusel-salud-hallan-nuevo-desfalco-22000-millones/156125-3.aspx>

41. REVISTA SEMANA. Sector salud no pasó examen de la Corte Constitucional. [En línea]. (Consultado el 8 de julio de 2011) Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/sector-salud-no-paso-examen-corte-constitucional/159906-3.aspx>

42. REVISTA SEMANA Carrusel de la salud': hallan nuevo desfalco por \$22.000 millones. [En línea] (Consultada el 7 de mayo de 2011) Disponible en internet: <http://www.semana.com/nacion/carrusel-salud-hallan-nuevo-desfalco-22000-millones/156125-3.aspx>

43. RIBA, M. y CASAS M. Aproximaciones a la ética personalista de Adela Cortina. [En línea] (Consultado el 27 de septiembre de 2010) Disponible en internet: http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/casas_lopez_mario_jesus/aproximaciones_a_la_etica.htm
44. SÁNCHEZ, R. “Política, democracia y ciudadanía”. En: *Revista Desafíos*. Junio-diciembre, 2003, no. 9.
45. SARMIENTO, E. Informe sobre la pobreza: Un paso atrás de la equidad. En: Diario El Espectador [En línea] (Consultado el 1 de octubre de 2010) Disponible en internet <http://www.elespectador.com/columna158591-un-paso-atras-de-equidad>
46. TORRALBA, F. ¿Qué es la dignidad humana? España: Editorial Herder, 2005. Pág. 71
47. UNICEF. Mortalidad materna e infantil en Colombia. [En línea] (Consultado el 2 de junio de 2011). Disponible en internet: <http://www.unicef.html>

