https://doi.org/10.56085/isss.493

# Goce efectivo del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en Bogotá (2000-2010)

## Effective Possession of the Right to the Health of Children, girls and Teenagers in Bogotá (2000-2010).

## Desfrute efetivo do direito para a saúde de crianças, meninas e adolescentes em Bogotá (2000-2010).

Mario Gómez Jiménez[1]

## Resumen

***Introducción:*** El concepto de salud, de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, ha evolucionado desde una concepción de simple ausencia de afecciones y enfermedades a una acepción compleja e inclusiva de un estado completo de bienestar físico, mental y social, que da una significación amplia al derecho en la materia y lo vincula al disfrute de una gama de bienes y servicios, dentro del marco de los determinantes sociales que rigen en el tema. ***Objetivo:*** Explicar la correlación, la disparidad o el grado de armonía existente entre las políticas públicas de salud adoptadas a favor de la infancia y la niñez en Bogotá y el Derecho Fundamental correlativo definido en la Constitución Política, en los tratados internacionales (bloque de constitucionalidad) y en la legislación nacional. ***Métodos:*** Estudio descriptivo, para el análisis del goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud de niñas y niños en Bogotá, entre los años 2000 y 2010. Se identifica una serie de indicadores, con el fin de evaluar el grado de avance o de retroceso en cuanto al estado, los resultados y las inequidades en salud para el citado grupo de población, los cuales se contrastan con los conceptos que sobre ese derecho fundamental ha acogido la Corte Constitucional. ***Resultados***: Se evidencian resultados favorables en cuanto a la reducción de la mortalidad y la morbilidad, coberturas de vacunación y el tratamiento de las disparidades sociales y territoriales. ***Conclusiones***: Se reconocen dificultades en cuanto a la desnutrición crónica, la tasa de bajo peso al nacer y el embarazo adolescente, así como en cuanto a las limitaciones que se derivan de un contexto nacional adverso y de escollos estructurales. Se requiere renovar el modelo de salud y fortalecer las acciones vigentes en un escenario más favorable que el brindado por la reforma a que alude la Ley 1438 de 2011.

**Palabras clave:** derecho a la salud, política de salud, determinantes sociales de la salud, equidad en salud, derecho constitucional, integralidad en salud, defensa del niño, Bogotá, D. C.

1 Magíster en gobierno y políticas públicas (Universidad Externado y Columbia University), abogado (Universidad Javeriana), con estudios de posgrado en derecho público (Universidad Nacional de Buenos Aires) y en desarrollo regional (Universidad de los Andes-ISS de La Haya, Holanda).

# Abstract

***Introduction:*** The concept of health, according to Sentence T-760 of 2008 from the Constitutional Court, has evolved from a concept of mere absence of disease to a complex one that includes complete social, mental and physical wellbeing. This gives a broad significance to the right to health and links it to the enjoyment of several goods and services, within the social determinants on the subject. ***Objective***: To explain the correlation, disparity, or similarity between public health policies towards infancy and childhood in Bogotá, and the correlative fundamental right defined in the Constitutional Court in the international treaties (constitutional block) and the national legislation. ***Methodology***: A Descriptive study is carried out to analyze the access that children in Bogota have to the fundamental right to health, during the last years. A series of indicators are identified to evaluate the process, results and inequalities in health for this population group, which are contrasted with the concepts adopted by the Constitutional Court regarding this fundamental right. Results: Favorable results are evidenced as mortality and morbidity rates decreased. Coverage for vaccination and treatment for social and territorial disparities experienced a positive development. ***Conclusions***: Difficulties were presented, especially with chronic malnutrition, low birth-weight, and teenage pregnancy rates. These, along with the limitations derived from an adverse national context with structural barriers. It is required to renew the health model, and strengthen the existing actions under a more favorable scenario than the one provided by the reform referred by the law 1438 of 2011.


**Key words:** right to health, health policy, social determinants of health, equity in health, constitutional right, completeness in health, children's defense, Bogotá, D, C.


# Resumo

***Introdução:*** O conceito de saúde, de acordo com a sentença T-760 de 2008, do Tribunal Constitucional, tem evoluído a partir de um conceito de mera ausência de doença ou enfermidade a um significado complexo e inclusivo de um estado completo de bem estar físico, mental e social, o que dá um sentido amplo ao direito sobre o assunto e o relaciona ao desfrutar de uma variedade de bens e serviços no âmbito dos determinantes sociais que o regem. ***Objetivo***: Explicar a correlação, a disparidade ou o grau de harmonia entre as políticas públicas de saúde adotadas em favor da infância e da criança em Bogotá e o Direito Fundamental correlativo definido na Constituição Política, em nos tratados internacionais (bloco de constitucionalidade) e em na legislação nacional. ***Materiais e Métodos:*** É um estudo descritivo, para analisar o gozo do Direito Fundamental à Saúde das crianças em Bogotá nos últimos anos, uma série de indicadores é identificada, a fim de avaliar o grau de avanços ou retrocessos no estado, resultados e desigualdades na saúde para esse grupo populacional, o que contrasta com os conceitos que este direito fundamental tem acolhido pelo Tribunal Constitucional. ***Resultados:*** Se evidenciou resultados favoráveis na redução da mortalidade e morbidade, na cobertura de vacinação e tratamento das disparidades sociais e territoriais. ***Conclusões:*** Reconhecem dificuldades de desnutrição crônica, a taxa de baixo peso ao nascer e gravidez na adolescência, bem como as limitações decorrentes de um contexto nacional adverso e dos obstáculos estruturais. Requer-se renovar o modelo de saúde e fortalecer as ações existentes no âmbito de um cenário mais favorável que o previsto pela reforma que se refere à Lei 1438 de 2011.


**Palavras-chave:** direito à saúde, política de saúde, determinantes sociais da saúde, equidade em saúde. Direito Constitucional, integralidade em saúde, defesa da criança. Bogotá, D. C.

# Introducción

El concepto de salud, según lo expresado por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, ha evolucionado desde una concepción de simple *ausencia de afecciones y enfermedades* a una acepción más compleja e inclusiva, de "un estado completo de bienestar físico, mental y social" (1), lo que da una significación amplia al derecho en la materia y lo vincula estrechamente con el ejercicio de otros derechos humanos, al abarcar "una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana" (2). El acceso real al goce y al disfrute efectivos de este derecho, como lo cita la sentencia en comento[2], es resultante de "los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y a un medio ambiente sano" (2). Así mismo, la calidad de los lineamientos públicos deriva del grado de "participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional" (2).

Más aún, al tratarse de niños y *niñas*, la Convención de los Derechos del Niño (1990)[3] establece que "los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación" y se comprometen a esforzarse "por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios" (3). Por ello, los criterios que se observaron para este grupo poblacional, en relación con los preceptos que rigen el acceso y el goce efectivos de la salud individual y colectiva, se fundaron en el artículo 44 de la Constitución Política, el cual consagra que, en su caso, este es un derecho fundamental. Así mismo, el principio que complementa tal consideración enseña que "se aplicará siempre la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente", pues, además, "la enunciación de los derechos y garantías contenidos en dichas normas, no debe entenderse como negación de otras que, siendo inherentes al niño, niña o adolescente, no figuren expresamente en ellas" (4).

Este marco permitió analizar el goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud[4], definido en la Constitución Política, frente a los logros de las políticas al respecto, formuladas y ejecutadas en el periodo 2000-2010 por diferentes secretarías y dependencias distritales.

El estudio, de carácter descriptivo, contrasta, sobre la base de la literatura de los informes distritales y dentro del marco del derecho fundamental, los resultados de algunas políticas de calidad de vida, en general, y de salud, en particular, que evidencian avances y retrocesos en cuanto a la atención de este grupo poblacional. Su objetivo es explicar la correlación, la disparidad o el grado de armonía existente entre las políticas públicas de salud adoptadas a favor de la infancia y la niñez en Bogotá y el Derecho Fundamental correlativo definido en la Constitución Política, en los tratados internacionales (bloque de constitucionalidad) y en la legislación nacional, a partir de los planes y los informes distritales en la materia[5], elaborados durante el

2 La Corte Constitucional ha señalado que "el derecho a la salud no solo se limita a lo que se contempla en el artículo 12 del PIDESC. Otras normas que se ocupan de consagrar otros derechos económicos sociales y culturales contemplan ámbitos de protección conexos al derecho a la salud. Por ejemplo, el derecho al trabajo contempla el derecho de todo trabajador a laborar en condiciones satisfactorias que le asegure, especialmente, la seguridad y la higiene o el derecho de protección a los menores a no ser empleados 'en trabajos nocivos para su moral y salud'. En este sentido, el Pacto también reconoce 'el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia". Sentencia T-760 de 2008.

3 Aprobada por el Congreso de la República de Colombia, mediante la Ley 12 de 1991.

4 En Colombia, son muchas las decisiones de la Corte Constitucional que le dan el carácter de fundamental al derecho a la salud, no solo en el caso de los niños, donde dicha naturaleza es consecuencia, entre otras razones, de la consagración de tal calidad en la Carta de Derechos, en su artículo 44. Por ende, en tales casos, como derecho humano, es exigible y reclamable mediante acción de tutela. Ver: Corte Constitucional. Sentencias: T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda) ), providencia que reitera lo dicho en sentencias T-080 de 2001 (MP Fabio Morón Díaz); T-591 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett); T-058 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-750, T-828 (MP Rodrigo Uprimny Yepes); T-882 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-901 (MP Clara Inés Vargas Hernández); T-984 de 2004 (MP Humberto Antonio Sierra Porto); T-016 (MP Rodrigo Escobar Gil); T-024 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra); T-086 de 2005 (MP Humberto Antonio Sierra Porto); T-829 (MP Rodrigo Uprimny Yepes); T-841 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-833 (MP Jaime Araujo Rentería); T-868 de 2004 (MP Jaime Córdoba Triviño), y T-096 de 2005 (MP Jaime Córdoba Triviño). Así mismo, las sentencias: T-505 de 1992 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz); T-502 de 1994 (MP Antonio Barrera Carbonell); T-271 de 1995 (MP Alejandro Martínez Caballero); C-079 de 1996 (MP Hernando Herrera Vergara); SU-256 de 1996 (MP Vladimiro Naranjo Mesa); T-417 de 1997 (MP Alfredo Beltrán Sierra); T-328 de 1998 (MP Fabio Morón Díaz); T-171 de 1999 (MP Alfredo Beltrán Sierra); T-523 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-436 de 2003 (MP Rodrigo Escobar Gil); T-925 de 2003 (MP Álvaro Tafur Galvis); T- 326 de 2004 (MP Alfredo Beltrán Sierra); T-972 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-016 de 2007 (MP Humberto Sierra Porto), y T-074 de 2005 (MP Alfredo Beltrán Sierra).

5 Planes, informes y documentos auscultados: • Unicef. Alcaldía Ma-

periodo 2000-2010 por diferentes agencias distritales, teniendo en cuenta las decisiones jurisprudenciales de la Corte Constitucional.

# Métodos

El tipo de estudio es descriptivo, basado en la metodología análoga, propia de las ciencias sociales, y la cual "*supone la observación, clasificación y ordenación, así como la interpretación*" de los elementos que soportan el análisis de una materia (5), que en este caso guardan relación con los alcances del derecho fundamental a la salud en la niñez y al seguimiento y análisis de las políticas públicas implementadas para garantizar ese derecho en Bogotá a lo largo de la última década.

En concreto, se aplicaron técnicas de: 1) análisis documental de contenido (6), mediante la revisión de textos, teorías, normas, tratados, leyes, sentencias y preceptos constitucionales, y a través del seguimiento al bloque de constitucionalidad, acerca de los derechos de los niños y los adolescentes, con el fin de delimitar las obligaciones estatales en la materia[6]. Así mismo, se recurrió al análisis de los planes, los programas y los proyectos a favor de dicho grupo poblacional en Bogotá, y al de una amplia lectura bibliográfica de investigaciones relevantes. Para ello, se contrastó la información abordada con los elementos del derecho fundamental, de la Teoría del Estado y el Bien Común (7), siguiendo algunas pautas jurisprudenciales que apuntan a compaginar en el mayor grado posible la adopción de políticas públicas con enfoques de derechos humanos (8); 2) un análisis descriptivo de la eficacia de las políticas públicas mediante la adopción, el seguimiento y la evaluación de indicadores que dieran cuenta del goce efectivo del derecho a la salud para el mencionado grupo poblacional, a lo largo de la última década, según los planes y los informes distritales auscultados (9).

Se partió de los preceptos constitucionales que establecen que el desarrollo de los niños y las niñas debe ser integral; es decir, ha de dar cuenta de los aspectos de orden intelectual, afectivo, deportivo, social y cultural en los que se expresa. Ese mismo desarrollo también debe ser armónico, lo cual implica que no puede descuidarse un aspecto para privilegiar otro, ni excluirse ninguno de ellos. Por ello, se acogió el *enfoque de los determinantes sociales de la salud*, que reconoce la incidencia de estos factores en el plano sanitario, como deriva de los análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que guardan coherencia con los desarrollos normativos (10,11) y la jurisprudencia (Sentencia T-760 de 2008). Dicho enfoque, acogido igualmente en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012[7], permitió observar factores que inciden sobre el goce efectivo del derecho, para determinar los más relevantes hallazgos.

Las tasas de mortalidad infantil en Bogotá han tenido una tendencia decreciente entre 2000 y 2010, como se constata en los indicadores expuestos dentro del marco de las audiencias públicas de seguimiento a lo dispuesto en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional (12), al pasar la primera de 18,5 a 11,2 por 1000, y la segunda, de 4,2 a 2,3 por 1000. A la vez,

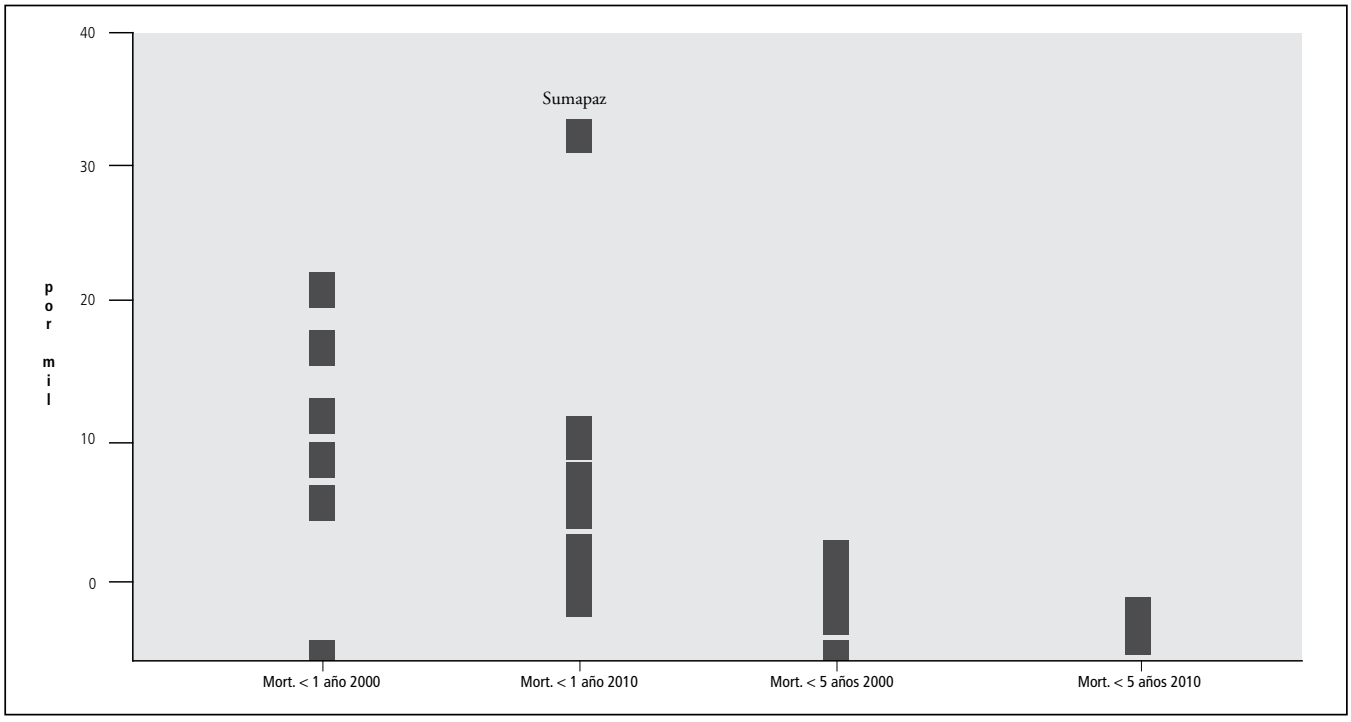
yor de Bogotá. "Hacia La Construcción de una Ciudad más Amable y Justa. Políticas de Niñez y Juventud en Bogotá 2001-2004". • Ley 1098 de 2006. • Garzón, L. "Quiéreme bien, Quiéreme hoy. Política por la Calidad de Vida de Niñas, Niños y Adolescentes de Bogotá". 2004. • Plan de desarrollo "Bogotá positiva: para vivir mejor 2008-2012". • Plan de desarrollo "Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión 2004-2008". • Balance Social de la Ejecución Presupuestal de 2009 del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá 2008-2012. "Bogotá positiva: para vivir mejor". Febrero de 2010. • "Atención a la Infancia y Adolescencia". Informe de Cumplimiento. 2010. Bogotá, 2010. • "Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud". Convenio celebrado entre la Secretaria Distrital de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, 2008. Bogotá, D. C. • Documento para la concertación intersectorial de la política distrital "Sexualidad sin Indiferencia". Período 2004-2007. • "Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud". Bogotá, 2011. • Informe de cumplimiento "Infancia y Adolescencia en Bogotá Positiva". Bogotá, marzo de 2009. • "Informe sobre el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá 2008-2012: Bogotá positiva: para vivir mejor". Enero-diciembre de 2010. • "Informe Consolidado sobre Barreras de Acceso Identificados a través de los Sistemas de Información para la Exigibilidad del Derecho a la Salud". SIDBA y SQS, 2009. • "Informe de Rendición Pública de Cuentas Sobre la Garantía de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva", consolidado 2009-junio de 2010. • "Informe de Rendición de Cuentas 2010. Plan de Desarrollo 'Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor'". Bogotá, marzo de 2011. • "Plan Maestro de Abastecimiento y Seguridad Alimentaria de Bogotá". • "Plan Maestro del Sistema de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá". • "Plan de Salud del Distrito Capital"

6 El análisis de las normas y los tratados, el de las consideraciones argumentativas de las sentencias abocadas, el del acápite *Obiter dictum*, y el de la *Ratio decidendi*, parten del fallo que sirve de base para la decisión judicial que se adopta en cada caso.

7 El Plan Distrital de Salud 2008-2012 señala: "la Comisión Internacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud, propone que el concepto de la equidad en materia de salud sea una piedra angular en el marco normativo de la Comisión relacionado con: a) Hacer frente a las desventajas sanitarias en grupos de población específicos (iniquidades). b) Abordar el gradiente sanitario en todo el espectro de las situaciones socioeconómicas (iniquidades). c) Reducir las brechas de salud (iniquidades)".

## Resultados: análisis del goce efectivo del derecho a la salud para niños, niñas y adolescentes de Bogotá (2000-2010)

### Figura 1. Bogotá, D. C. Evolución de la mortalidad infantil y en la niñez por localidades (2000-2010)




Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción-Certificado de nacido vivo, bases de datos dane-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción bases de datos, SDS y RUAF preliminares-Certificado de nacido vivo, bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. Cálculos SDS. Elaboración propia.

se observa una tendencia hacia la reducción de las disparidades entre localidades, exceptuando la mortalidad observada en Sumapaz para 2010.

Estos resultados se relacionan con los cometidos y los logros en vacunación, en concordancia con lo dispuesto en providencias como la Sentencia T-977 de 2006[8], con coberturas útiles por encima del 95 % en 2009 y el mantenimiento de niveles cercanos en los años siguientes, lo que permitió que el esfuerzo distrital fuera reconocido a nivel internacional (13). Así mismo, los positivos resultados derivan de la implementación del modelo de atención integrada en calidad para la población materna e infantil en las Empresas Sociales del Estado (ESE); capacitaciones a profesionales y técnicos en las estrategias materno-infantiles; las acciones desde el ámbito comunitario y escolar en la formación de madres del programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI), de los hogares comunitarios de bienestar (HOBIS), y de los docentes de jardines infantiles como agentes comunitarios en salud[9].

Lo anterior, sumado a las acciones del programa "Salud a su Casa"[10] en la mejora de las condiciones de las

8 En efecto, con ponencia del magistrado Sierra Porto, en la Sentencia T-977 de 2006, a dos niñas en buen estado de salud se les avaló la aplicación de la vacuna contra la hepatitis A, pues "[…] como lo reconoce el Ministerio de la Protección Social, se trata de una enfermedad que presenta un carácter endémico en Colombia con una incidencia de 50 personas por cada 100.000 habitantes; que afecta a las poblaciones más pobres […]. Algunos expertos estiman que más del 50% de la población infantil en nuestro país pueden ser seropositivos, tratándose de una enfermedad que puede llevar a la muerte a niños que padezcan enfermedades hepáticas".

9 En conocimientos y habilidades para la promoción de factores y conductas protectoras; para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes en la infancia, con énfasis en la identificación oportuna de signos de alarma, la promoción de la consulta oportuna y el fortalecimiento de prácticas protectoras como la lactancia materna, la vacunación, la suplementación con micronutrientes y la promoción del crecimiento y el desarrollo saludables, y del afecto.

10 La cobertura de este proyecto, entendido como instrumento para la superación de barreras de acceso geográficas, se extendió a más de 540.000

familias en relación con el cuidado de los niños y niñas menores de 5 años, contribuyó a los logros y a la superación de barreras de acceso. Dichas barreras también se han enfrentado gracias a las tareas de la Central Única de Referencia y Contra Referencia (CURYC), que, en las más de 30.000 llamadas atendidas desde su gestación y hasta comienzos de 2011 (14,15), con prioridad en la primera infancia como grupo poblacional vulnerable y de mayor riesgo clínico en su evolución, ha logrado "*garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención a los ciudadanos pertenecientes a una EPS Subsidiada o a quienes tengan la encuesta de SISBEN*" (16), mediante intervenciones para superar errores de identificación en las bases de datos que dan cuenta de la afiliación, la revisión de la negación de autorizaciones de actividades en salud que tienen cabida en un plan obligatorio de salud (POS), la resolución de inconvenientes derivados de la falta de oportunidad en la atención en el régimen subsidiado y de la negación de esta en relación con los participantes vinculados al sistema.

El incremento de las coberturas en vacunación responde a la implementación de estrategias de búsqueda activas emprendidas desde la oferta. Entre ellas, el seguimiento telefónico y domiciliario de recién nacidos para promover el inicio y la terminación de su esquema de vacunación. De igual manera, mediante mecanismos de reducción de barreras de acceso geográfico, o de oportunidad y conveniencia, como la vacunación extramural (casa por casa, en instituciones de protección infantil o acercándose a los diferentes espacios públicos y comunitarios), y ofreciendo horarios extendidos con disposición de jornadas distintas de la laboral, de tal forma que padres y cuidadores acudieran con los niños y niñas al servicio de vacunación (16).

niños y niñas en 2010, que representaron el 21 % del total de la población ubicada en las 20 localidades de Bogotá, según el Informe de Cumplimiento 2010: "Atención a la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva", de la SDS. "El programa Salud a su Casa se fundamenta en la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), por lo tanto, es la puerta de entrada para acercar los servicios de salud a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida, mediante la identificación conjunta de las necesidades de las familias, organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la familias. […] Salud a su Casa desarrolla acciones de información, educación, comunicación y canalización a programas sociales y de salud; también se hace verificación de la asistencia de las familias a dichos servicios. Diariamente se visitan en su domicilio, familias que tienen necesidades reales relacionadas con la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la discapacidad, las condiciones de trabajo en las viviendas, la seguridad alimentaria y nutricional, el desplazamiento forzado y el medio ambiente. Con ellas se gestionan respuestas a nivel sectorial e intersectorial". SDS. En: http://www.saludcapital.gov.co/paginas/saludasuhogar.aspx

No obstante lo anterior, subsisten importantes índices de mortalidad prevenibles. En menores de un año, las muertes se relacionan con afecciones originadas durante el período neonatal temprano (0-7 días de nacimiento), tales como problemas durante la gestación y el crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares e infecciones específicas a lo largo de dicho periodo. De igual manera, son determinantes las condiciones socioculturales de las mujeres gestantes en vulnerabilidad, reflejadas en la tardía demanda de atención prenatal, la falta de identificación de signos de alarma y el bajo seguimiento de las recomendaciones médicas, así como las deficiencias en la oferta por la ineficacia del control prenatal en la detección del riesgo obstétrico, en la atención del parto y en el cuidado neonatal (16).

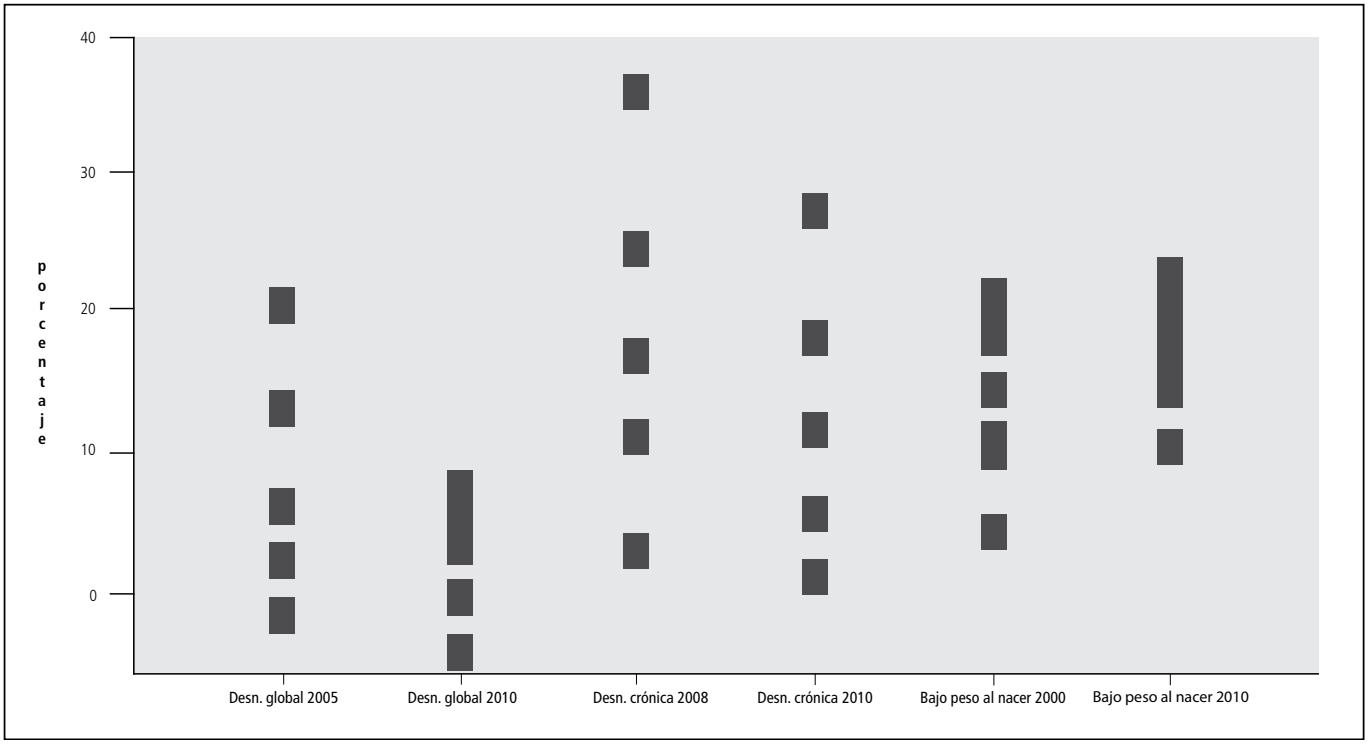
En efecto, en 2011, el 1,4 % de las gestantes no tuvo atención prenatal, con mayor desprotección en las localidades de Los Mártires (7,5 %), Rafael Uribe (4 %) y Usme (3,2 %). La mediana de meses de embarazo a la primera visita prenatal fue de 2,4 meses. El 16 % de las mujeres que tuvieron cuatro o más visitas al profesional asistieron por primera vez luego del cuarto mes de embarazo (17).

La mortalidad en menores de 5 años se concentra a lo largo del primer año asociada a las condiciones ya estudiadas. Su comportamiento en el periodo restante se deriva de la accidentalidad, lo mismo que la incidencia de afecciones como la enfermedad diarreica aguda (EDA), la enfermedad respiratoria aguda (ERA) y la desnutrición. La mortalidad por causas externas para menores de 19 años muestra una alta participación de las agresiones, con el 50 % de representatividad, lo mismo que los accidentes de tránsito (13 %) y los suicidios (10 %)[11] (18).

En materia de desnutrición, existen avances, pero son insuficientes frente a la magnitud del problema (figura 2). Las tasas de desnutrición global y crónica se han reducido durante tal periodo, y se observa una convergencia de todas las localidades. La desnutrición global pasó del 10,9 % en 2000 al 8,2 %

11 Las agresiones tienen especial incidencia en el grupo de 15-19 años, con el 65 % de las muertes por esta causa, y, en menor medida, en los adolescentes de 10-14 años. De igual forma, son relevantes: el suicidio en las poblaciones de 10-19 años; los accidentes de tránsito entre los niños de 0-14 años; otros accidentes y ahogamientos en menores de 5 años, y las caídas entre los 5 y los 9 años.

**Figura 2. Bogotá, D. C. Situación nutricional en menores de 5 años por localidades (2000-2010)**




Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional (SISVAN), Secretaría Distrital de Salud (SDS), Estadísticas Vitales. Elaboración propia.

en 2010, y la crónica, del 12,4 % en 2008 al 11 % en 2010, en los menores de 5 años (19).

Por su parte, Bogotá presenta el mayor índice de bajo peso al nacer[12] del país, que, adicionalmente, registra una tendencia creciente: para 2010, se observa una cifra de dicho índice del 12,2 %, frente al 10,8 % en 2000. Llama la atención que el indicador en el país aumenta con la educación y con el nivel de riqueza (20), por lo cual su comportamiento obedece no solo a la inadecuada alimentación de la gestante ni a la baja asistencia a servicios de salud, sino también, a los riesgos psicosociales, como los fenómenos de madre soltera y madre adolescente y los embarazos no planeados (el 49 % de las mujeres querían embarazarse más tarde o no lo deseaban, indicador que asciende al 72 % en el caso de las menores de 20 años para 2011 en Bogotá (17).

La lactancia hasta los 2 años es positiva, lo cual es congruente con lo dispuesto en sentencias como la T-224 de 05[13]. La mediana nacional en el consumo de leche materna para 2010 se ubicaba en 14,9 meses. Durante el mismo año, en Bogotá, dicho indicador fue superior, con 16,1 meses. Sin embargo, en ambos casos se está por debajo de la recomendación internacional, que equivale a 2 años. En materia de lactancia exclusiva, Bogotá está lejos de la recomendación de 6 meses, con un índice de 2,6 meses de duración de mediana para 2010, y se observa que solo el 62 % de las madres inicia el amamantamiento durante la primera hora posparto[14] (20).

12 Recién nacidos con menos de 2500 gramos de peso.

13 "Para los menores de un año el suministro de un tipo especial de leche no puede asimilarse a un complemento nutricional sino que constituye la base de su alimentación (cuando no el único alimento), cuya ausencia compromete en alto grado la alimentación equilibrada y la vida misma del niño. En el caso de la Leche NAN NH que fue prescrita, su naturaleza de complemento nutricional cambia radicalmente teniendo en cuenta las condiciones y el estado de salud de la menor, por lo que se trata ahora de un medicamento vital. […]. Como es sabido, la alimentación de un recién nacido no es otra que la leche materna. Y continúa siendo la base de su nutrición mientras su organismo evoluciona y es capaz de asimilar otro tipo de alimentos. Pero cuando por alguna circunstancia el menor no puede recibirla, gracias a los avances de la ciencia y la medicina hay otros tipos especiales de leche que de alguna manera permiten suplir esa carencia sin causar los traumatismos de otras épocas" Corte Constitucional. Sentencia T-224 de 05 (MP Clara Inés Vargas Hernández).

14 Internacionalmente, como lo señala Profamilia, se recomienda que los niños empiecen el amamantamiento en la primera hora posparto, por su alto contenido de inmunoglobulinas y anticuerpos y para estimular la pronta producción láctea definitiva por parte de la madre; de igual manera, se promueve la lactancia exclusiva durante seis meses y seguir amamantando hasta los 2 años.

Por otra parte, el embarazo adolescente sigue siendo una problemática importante en el distrito, con el 15,3 % de adolescentes (15-19 años) que han estado alguna vez embarazadas en 2011 (17). Cuando este problema involucra a niñas menores de 14 años, constituye, además, una práctica delictiva; entre 2003 y 2010, hubo en la ciudad no menos de 400 eventos de esta clase por año. En tan penosas condiciones, se mantienen altos los niveles de incidencia durante la última década, aunque se logró romper la tendencia de crecimiento que traía (16), pues los nacimientos en adolescentes de 10-14 años se han reducido en el 15,4 % entre 2008 y 2010, y para el grupo de mujeres de 15-19 años la reducción fue del 11,8 % entre 2007 y 2010 (16).

## Discusión: desempeño del Sistema de Salud Distrital

Dentro del marco de la progresiva exigibilidad de los derechos a la salud en el mundo entero, y tomando en cuenta las limitaciones de la política de aseguramiento, así como las vulneraciones a los preceptos en la materia en diversos ámbitos, lo que deja en evidencia la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008 (21) y por las providencias que el alto tribunal ha dictado al respecto, el gobierno de Bogotá ha tenido un relevante margen de acción en sus políticas distritales para avanzar y concurrir con el gobierno nacional y los prestadores de servicios públicos y privados en la progresiva garantía del derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes.

En efecto, en el contexto de una férrea tesis que concibe a la salud como derecho, y que en el caso de los niños goza del carácter de fundamental, por ser sujetos de especial protección constitucional, como lo reiteran las sentencias SU-043 de 1995[15] y T-760 de 2008, la cual acoge la tesis de los factores determinantes que se erigen como medidas de la calidad de vida, del bienestar físico y emocional, y de la misma dignidad humana, y que trasciende criterios erróneos basados en la simple ausencia de enfermedad, se han forjado y consolidado aspectos diversos, pero interrelacionados, en el Distrito Capital: la reducción de la mortalidad infantil; la ampliación de las coberturas en vacunación de los niños, y aun, de las inmunizaciones que no fueron en su momento de forzosa observancia[16]; la superación real de barreras de acceso, mediante la puesta en marcha de prácticas exitosas de atención primaria, como se puede inferir de programas como "Salud a su Casa", "Salud al Trabajo"[17] o "Salud al Colegio"[18]. Así mismo, como lo recuerda el reciente Informe de Rendición de Cuentas Distrital, los logros se derivan de la inyección de mayores recursos financieros por parte del ente territorial, en función de garantizar una gratuidad que en los casos donde se brinda hace compatible la literatura jurídica con el disfrute real de los derechos en la materia, al suprimir los copagos y las cuotas de recuperación de medicamentos para las personas mayores de 65 años, los menores de 5 años de edad, los discapacitados severos y la población en los niveles I y II del SISBEN.[19] Así mismo, en este punto es necesario destacar el desempeño de la CURYC, cuya vigencia, como ya se mencionó, ha permitido corregir desfases inaceptables.

Los resultados en salud de la ciudad se dieron en el ámbito de unos entornos específicos, que resultan ser determinantes como factores de incidencia: Bogotá es uno de los dos entes territoriales que tienen menos población en la pobreza (22 %) o en la indigencia (4,1 %)

15 "Las entidades, públicas o privadas, encargadas de llevar al afiliado y a su familia los beneficios del plan obligatorio de salud no pueden ya esgrimir el diagnóstico de que la enfermedad es incurable como razón válida para negar todo tipo de atención al paciente. Subsiste en favor de aquellos (niños beneficiarios) el derecho constitucional fundamental a recibir atención acorde con la enfermedad en hospitales locales, regionales, universitarios, puestos y centros de salud y a cargo del Estado". Corte Constitucional. Sentencia SU- 043 de 1995 (MP: Fabio Morón Díaz).

16 Entre 2008 y 2009, Bogotá universalizó las vacunas contra el rotavirus y el neumococo, por lo cual se convirtió en la primera ciudad de Latinoamérica en proveer entre sus niños la vacunación universal contra el neumococo, y la primera en Colombia en suministrar la vacuna contra el rotavirus.

17 Mediante este proyecto, entre 2008 y 2010, se han identificado, de conformidad con el "Informe de Cumplimiento 2010: Atención a la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva de la Secretaría Distrital de Salud", prácticas laborales prohibidas y nocivas para el desarrollo de más de 21.000 niños y niñas, que han sido vulnerados en sus derechos fundamentales en la ciudad. Se ha logrado que abandonen esas tareas y que, según sea el caso, regresen a la escuela, sean canalizados a servicios de salud o a actividades de trabajo bajo protección estricta, las cuales solo tienen cabida, de acuerdo con la ley, para mayores de 15 años de edad.

18 Este proyecto ha atendido tareas relativas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y ha cubierto a más de 500.000 estudiantes de las escuelas de la ciudad, haciendo énfasis en la prevención de embarazos, en la supresión del consumo de sustancias psicotrópicas y en pautas básicas de salud pública, de acuerdo con el "Informe de Cumplimiento 2010: Atención a la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva de la Secretaría Distrital de Salud".

19 "El 15 de octubre de 2008, el Alcalde Mayor de Bogotá, expidió el Decreto 345 de 2008 con el cual se inició de manera formal el proceso de atención gratuita en salud con cobertura para la población más vulnerable de la Ciudad. Desde esta fecha hasta diciembre 31 de 2010 se atendieron de manera gratuita 204.621 menores de cinco años, 367.826 mayores de 65 años y 30.824 personas en condición de discapacidad severa. En total, se atendieron de manera gratuita 603.271 pobladores de la ciudad". Alcaldía Mayor de Bogotá. "Informe de Rendición de Cuentas 2010. Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor". Bogotá, marzo de 2011, página 167.

en el país[20]; además, entre 2000 y 2011 ha reducido el desempleo en más de diez puntos porcentuales, hasta ubicarse en 9,9 (22); ha aumentado su indicador de desempeño fiscal de 67,45 en 2000 a 81 en 2010, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (23); ha logrado aumentar en más de 15 puntos el gasto social, en comparación con el presupuesto distrital entre 2003 y 2010 (24); ha disminuido el índice de Gini de 0,57, dato de 2002, a 0,52, cifra que corresponde a 2010 (25); ha conquistado una cobertura del 99 % en acceso al agua potable y al alcantarillado en la actualidad (26), y ha logrado, entre otros cometidos sociales, gratuidad escolar para más de un millón de niños durante el último cuatrienio (27).

La evolución positiva de resultados se enmarca dentro de la observancia de una exigencia jurisprudencial que señala el carácter imperativo de la progresividad en la satisfacción de los derechos. En efecto, la Corte Constitucional dijo en la Sentencia T-595 de 2002:

> *"[...] si la exigibilidad de la prestación protegida por la dimensión positiva del derecho fundamental depende del paso del tiempo, no es aceptable que en el año 2002, por ejemplo, una entidad del Estado dé la misma respuesta que daba en 1992 cuando se le exigía el cumplimiento de un derecho de éste tipo, que es su obligación hacer cumplir. A medida que pasan los años, si las autoridades encargadas no han tomado medidas efectivas que aseguren avances en la realización de las prestaciones protegidas por los derechos constitucionales, gradualmente van incurriendo en un incumplimiento cuya gravedad aumenta con el paso del tiempo" (28).*

Adicionalmente, el marco de la adopción de las políticas de salud ha sido participativo, al punto de poderse afirmar que:

> *"El derecho a la salud es un asunto de doble vía. No es solo porque a los ciudadanos se les garantice el acceso al sistema y la participación en la toma de decisiones, sino que la comunidad misma debe ejercer control social sobre la destinación de los recursos y el diseño y aplicación de las políticas. (...) Bogotá es la única ciudad del país que cuenta con una Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, construida por las propias comunidades. La participación social es un aspecto clave del derecho a la salud. La política de participación ha fortalecido las asociaciones de usuarios en salud, los comités de ética hospitalaria y los comités de participación comunitaria. Teniendo en cuenta que las políticas se deben hacer entre todos, se han generado espacios deliberativos entre la comunidad y las instituciones distritales. En las dos últimas administraciones se han llevado a cabo con éxito seis asambleas distritales por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida, tres encuentros distritales de Comités de Participación Comunitaria, COPACOS, dos audiencias públicas por el Derecho a la Salud y la Audiencia Ambiental del Sur 'Párese duro por la calidad de vida en el sur'. También se han respaldado dos congresos nacionales por la salud y el Congreso Internacional de Medicina Social" (29).*

# Conclusiones

Las políticas públicas en salud para niños, niñas y adolescentes adoptadas y adaptadas por el Distrito Capital durante la década 2000-2010 muestran importantes resultados en cuanto a calidad de vida, reducción de desigualdades, incremento de la cobertura y superación de barreras de acceso a los servicios; todo ello, acompañado de una prioridad presupuestal para dicho sector, y así se constituye en modelo en el contexto nacional.

No obstante lo anterior, es claro que, como pudo verse, existen apremios y dificultades en otros frentes: la desnutrición crónica, la tasa de bajo peso al nacer y el embarazo adolescente son algunos de tales apremios y dificultades en la ciudad, pues los indicadores que se exhiben al respecto no son satisfactorios, pese a los esfuerzos mayúsculos que se han hecho, y que, en caso de no existir, harían más gravosa la situación en estos campos: por ejemplo, la plausible elaboración de planes específicos, como el Plan Maestro de Abastecimiento y Seguridad Alimentaria de Bogotá, adoptado mediante el Decreto 315 de 2006, o la ejecución de tareas destinadas a la satisfacción de los derechos a la seguridad alimentaria, la vigencia de los comedores escolares y comunitarios o la ejecución de programas como "Bogotá Sin Hambre", que, en su momento, atendió severas dificultades en esa materia.

Por otra parte, los mencionados no son los únicos escollos. Algunos más han sido identificados por la

20 El otro ente es Bucaramanga, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Fuente: "Gran Encuesta Integrada de Hogares". Dato elaborado por Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP) (2009).

propia Corte Constitucional, y no dependen de las virtudes de la administración distrital ni de la gobernanza con la que se gesta la conducción de los asuntos públicos en la materia. Son obstáculos cuasi estructurales que han derivado en el deterioro de la calidad percibida por los usuarios. Se requiere, por tanto, renovar el modelo de salud y fortalecer las acciones de atención primaria en salud vigentes dándoles una vocación y una cobertura universales, en un escenario más favorable que el brindado por la reforma a la que alude la Ley 1438 de 2011.

## Agradecimientos

Agradezco a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), por permitirme explorar y aportar a este trascendental tema del Derecho Fundamental a la Salud de los niños y niñas de Bogotá, ciudad donde existe una progresiva satisfacción de los preceptos en la materia, en aras de un goce efectivo de este grupo poblacional al mencionado derecho.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978.

2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Instrumentos Internacionales de Derechos, recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. Ginebra: Naciones Unidas; 2004.

3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas; 1989.

4. Colombia, Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá; Diario Oficial no. 46.446; 2006.

5. Runes D. Diccionario de Filosofía. Caracas: Ediciones Grijalbo; 1994.

6. Fox V. Análisis documental del contenido. Buenos Aíres: Alfagrama Ediciones; 2005.

7. Xifra Heras J. Curso de Derecho Constitucional. Barcelona: Editorial Bosch; 1962.

8. Cepeda MJ, Montealegre E, Julio A, et al. Teoría constitucional y políticas públicas. Bases críticas para una discusión. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2007.

9. PNUD. Manual de seguimiento y evaluación de resultados. Nueva York: PNUD; 2002.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2009.

11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2007.

12. Santa María M. Audiencia pública de rendición de cuentas ante la Corte Constitucional a efectos de analizar el cumplimiento de lo previsto en la Sentencia T-760 de 2008. 7 de julio de 2011.

13. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Positiva. En Bogotá no se necesitan tutelas para vacunar gratis a niños contra el neumococo [internet]. 2011 [citado 2011 jun. 20]. Disponible en: http://www.bogotapositiva.gov.co/index.php?option=-com_content&view=article&id=11720:mari&catid=40:principales&Itemid=159.

14. Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá Positiva. Línea de solución a quejas CURYC registra 30 mil llamadas en un año [internet]. 2011 [citado 2011 oct. 5]. Disponible en: http://www.bogotapositiva.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=11356%3Amary&Itemid=82

15. Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá Positiva. Línea 195 del derecho a la salud [internet]. 2011 [citado 2011 jun. 20]. Disponible en: http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle_scv.php?h_id=33162

16. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud (SDS). Atención a la Infancia y adolescencia en Bogotá Positiva. Informe de cumplimiento 2010. Bogotá: SDS; 2011.

17. Profamilia. Primera encuesta distrital de demografía y salud Bogotá 2011. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2011.

18. DANE. Estadísticas Vitales, Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de ocurrencia y grupos de causas externas (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS [internet]. 2011 [citado 2011 sep. 10]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=-com_content&view=article&id=788&Itemid=119

19. Alcaldía Mayor de Bogotá, PNUD. Informe 2010. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá; Alcaldía Mayor; 2011.

20. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia; 2010.

21. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760/2008. Revisión de las sentencias adoptadas por el Juzgado 11 Civil del Circuito de Cali (T-281247) y otros dentro de los respectivos procesos de acción de tutela (acumulados). Bogotá: Corte Constitucional; 2008.

22. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Hacienda (SDH). Sistema Integrado de Información de Estadística Comparadas. 2011.

23. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Desempeño fiscal de los departamentos y municipios 2010. Bogotá: DNP; 2011.

24. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Hacienda (SDH). Estadísticas fiscales. Bogotá: SDH; 2010

25. DANE. Gran encuesta integrada de hogares. Dato elaborado por Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad MESEP. Bogotá: MESEP; 2009.

26. Secretaría Distrital de Ambiente. Observatorio Ambiental de Bogotá, Cobertura Residencial y Legal del Servicio de Acueducto- CAC. 2012. [citado 2012 sep. 10]. Disponible en: http://oab.ambientebogota.gov.co/es/indicadores?id=53.

27. Alcaldía Mayor de Bogotá. Balance social de la ejecución presupuestal de 2009 del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá 2008-2012: Bogotá positiva: para vivir mejor. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2010.

28. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-595 de 2002. Bogotá, 2002.

29. Alcaldía Mayor de Bogotá. La comunidad participa. Adelante Bogotá. 26 Ago 2011; secc. 4.

*Recibido para evaluación: 8 de noviembre de 2011*
*Aceptado para publicación: 22 de diciembre de 2014*

***Correspondencia***
*Fundación Restrepo Barco*
*Carrera 7 # 73-55, piso 12*
*Bogotá, D. C.*
*mario.gomezj@hotmail.com*
*Entidad financiadora: Alcaldía Mayor de Bogotá, SDS-Fondo Financiero Distrital de Salud*