

# Justicia social en salud: un contexto de flexibilización laboral y vulnerabilidad social

---

## Social Justice in Health: A Context of Labor Flexibilization and Social Vulnerability

---

JESÚS ALERCIO ORTEGA BOLAÑOS\*

---

### RESUMEN

La incidencia de la teoría liberal, su aplicación ideológica sobre la propiedad y la libertad individual, genera un efecto transversal en la calidad de vida y la salud de la población colombiana, lo que configura el contexto en el cual la justicia social en salud y su enfoque desde el principio de igualdad de oportunidades estarían determinados por las dinámicas de las reformas del sistema de protección social y las relaciones de trabajo y flexibilización laboral. El presente trabajo es una reflexión sobre estos temas, realizada a partir de una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas, con valoración de la calidad de la evidencia, y de literatura no publicada en revistas. La salud se considera una parte constitutiva del desarrollo, por lo que categorías como el contrato laboral con desventajas han generado una mayor exclusión y vulnerabilidad social en salud y, por tanto, una alta concentración del ingreso y del poder, lo cual hace aumentar la mala salud de la población. Hacer visibles los efectos de distribución y las relaciones de estos bienes primarios aporta a la generación de capital humano para un mayor desarrollo y bienestar, y ello mejora el escenario de la justicia y equidad en salud.

**Palabras clave:** teoría liberal, justicia social en salud, vulnerabilidad social, flexibilización laboral.

### ABSTRACT

The incidence of liberal theory, its ideological application to property and individual liberty, generates a transversal effect on the life quality and health of the Colombian population, which configures the context in which social justice in health and its approach from the principle of equality of opportunities would be determined by the dynamics of the social protection system reforms and work relations and labor flexibilization. This work is a reflection on these issues, made from a systematic review of the literature published in indexed journals, with assessment of the quality of the evidence, and of literature not published in journals. Health is considered as a constituent part of development, which is why categories such as the employment contract with disadvantages have led to a greater social exclusion and vulnerability in health and, therefore, to a high concentration of wealth and power, which increases the bad health of the population. Making visible the effects of distribution and relationship between these primary goods contributes to the generation of human capital for further development and welfare, and this improves the panorama of justice and equity in health.

**Keywords:** Liberal theory, social justice in health, social vulnerability, labor flexibility.

---

\*Médico, especialista en Epidemiología, magíster en Salud Pública, candidato a doctor en Ciencias Sociales, docente investigador, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Salle.

---

## INTRODUCCIÓN

La presente reflexión es una mirada a la flexibilización laboral en Colombia, inserta en el contexto de la teoría liberal. Tiene como base una revisión sistemática de publicaciones en revistas indexadas, con valoración de la calidad de la evidencia, y de literatura no publicada en revistas.

La regencia de los medios de producción, las reformas a favor del mercado, que aumentan la concentración de bienes, y la apropiación privada del excedente económico sustentan numerosas injusticias e inequidades. En este trabajo se hace un análisis de la justicia social en salud partiendo del modelo de producción colombiano, en particular de la flexibilización laboral. Para los trabajadores y sus familias esta forma de contratación, que genera desventajas y exclusiones económicas, induce además una mayor vulnerabilidad social en salud. Así las cosas, al privilegiar formas de contratación precarias, el mercado se convierte en el organizador de la sociedad colombiana y potencia niveles de exclusión y vulnerabilidad social en salud, categorías que tienen repercusiones en el bienestar y la calidad de vida.

La salud se considera un elemento fundamental para alcanzar la riqueza y el desarrollo de las sociedades. Por ello, en un escenario como el nuestro, donde se pretende una democracia que vaya más allá de la idea de un gobierno de las mayorías y la realización de un Estado social de Derecho, vale la pena preguntarse qué democracia haría posible una construcción social del derecho a la salud.

Para Amartya Sen, “la democracia implica exigencias complejas, que incluyen no sólo la participación ciudadana activa (el voto y el respeto hacia los resultados de las elecciones), sino también la protección de las libertades, el respeto a los derechos humanos y la garantía de la libre expresión, distribución de la información y oportunidades para una mejor calidad de vida, donde el derecho al trabajo es fundamental” (1999, p. 10). La democracia se considera un sistema político fuerte,

sobre la base del ejercicio institucional que realiza a través de la libertad individual de elección y representación democrática, la cual debe ampliarse a escenarios no institucionales que permitan avanzar en ejercicios de reconocimiento y distintas formas de representación.

En este escenario democrático debe plantearse una discusión sobre la justicia y la equidad social en salud, sin desconocer que estas se encuentran insertas en concepciones liberales de la justicia que no privilegian el bien común o la solidaridad, sino la utilidad y el bien personal. Y, específicamente, al enfocar el debate en las actuales condiciones del ejercicio laboral, no puede perderse de vista que las formas de contratación desventajosa que rigen a la mayoría de los trabajadores son una forma de desigualdad material para el ejercicio del derecho a la salud.

## LA SALUD Y EL TRABAJO EN EL CONTEXTO LIBERAL

Se ha definido a la teoría liberal como una doctrina económica<sup>1</sup> nacida a finales del siglo XVIII y desarrollada durante la época de la ilustración por Adam Smith<sup>2</sup> y David Ricardo (Eltis, 2000). El significado de lo liberal se nos plantea como la primacía de la libertad individual, fundada sobre una intervención mínima del Estado en la vida social y económica del ciudadano. Este, por

<sup>1</sup> El liberalismo es la doctrina que afirma la primacía de la libertad individual y la garantía de su ejercicio en la organización del Estado. Como cuerpo de doctrina económica, se perfeccionó durante el siglo XVIII en dos escuelas diferentes: la fisiócrata y la clásica. Para la primera, el orden natural es consecuencia de los actos del individuo como ser libre que se guía por las indicaciones de su razón. En Gran Bretaña, el pensamiento clásico esbozó un sistema generado sobre la base de las libres iniciativas particulares movidas por el espíritu de lucro, de la libre competencia y del libre juego de las leyes económicas naturales o leyes de mercado.

<sup>2</sup> Véase sobre Adam Smith su teoría de la acumulación de capital y crecimiento (pp. 68-105) y sobre David Ricardo, su teoría de la distribución del ingreso (pp. 182-232) (Eltis, 2000).

su parte, orienta sus acciones de acuerdo con el interés particular, en el supuesto de que conseguirá mejores resultados no solo individuales sino también para la sociedad en la cual está inmerso. Así, la propiedad privada e individual es una de las principales bases de este orden.

Para centrar el análisis de la relación entre salud y trabajo partimos de reconocer históricamente los aspectos fundamentales de la teoría liberal en el planteamiento de Smith, en cuya teoría del valor el trabajo es la única fuente de riqueza. Para Smith, el trabajo determina el valor de intercambio tanto de los objetos como de los bienes meritorios intangibles — como la salud —, en función del esfuerzo invertido por el trabajador para conseguirlos.

La ideología liberal se ha entendido como el conjunto de creencias e ideas que interpretan la realidad política y social — instituciones, políticas — orientado a la acción para cambiar las cosas o para mantenerlas, práctica esta que contiene un proyecto político. Estamos, por tanto, ante un instrumento de control social que no puede ser neutral o incluyente, pero que pretende asegurar la obediencia con una bajísima tolerancia a la discusión, el debate y la pluralidad de ideas.

Históricamente, el colapso del feudalismo permitió la aparición de las ideas liberales, las cuales acabaron con el régimen absolutista antiguo, para acercarse al pensamiento ilustrado de la revolución francesa, y se opusieron a diferentes formas de despotismo. De este modo, entre la segunda mitad del siglo XVIII y parte del XIX, las ideas liberales se convirtieron en el fundamento de gobiernos democráticos y representativos, y el liberalismo político inspiró tanto la organización del Estado como su modo de gobernar, permitiendo la autorregulación de oferta y demanda para que todos los individuos tuvieran los mismos privilegios y una mayor libertad de actuación.

Durante el siglo XX, el pensamiento liberal permeó las estructuras de oportunidad representadas en la relación entre Estado y mercado, e intervino en

forma directa en los procesos de acumulación de riqueza. La concentración de la propiedad privada se consolidó como privilegio de unos pocos, con lo cual se redujeron las garantías para el ejercicio de la justicia social, los derechos y las libertades de individuos y colectivos, y además se garantizaron el mantenimiento y la reproducción de la injusticia y la inequidad social.

En su proceso de consolidación, el liberalismo ha hecho énfasis en dos principios. El primero, que tiene que ver con lo social, pretende la no intromisión del Estado o de los colectivos en la conducta privada de los ciudadanos y en sus relaciones sociales no mercantiles, propósito para el cual admite diferentes gamas de la libertad en cuanto a expresión, cultos, relaciones sociales y morales.

El segundo principio está relacionado con la categoría económica, y pretende la no intromisión del Estado en las relaciones mercantiles entre los ciudadanos; se tiende entonces a medidas como la reducción de los impuestos a su mínima expresión y la eliminación de las regulaciones al comercio y a la producción. Pese a ello, no se deja de lado la protección a la población vulnerable a cargo del Estado a través de subsidios de salud y desempleo, pensiones públicas, beneficencia pública, o exigiendo solidaridad a las personas con mayores capacidades económicas mediante aranceles, subsidios a la producción y otras medidas.

Con respecto al control del mercado, dos importantes conceptos de la teoría liberal por considerar son el “moralismo” y el “consecuencialismo”. Hayek, autor del primero, sostiene que los derechos individuales se justifican apelando a las leyes y a los derechos naturales, lo cual es apropiado porque es moralmente correcto. Por su parte, el “consecuencialismo” de Ludwig von Mises considera que la diferencia real entre el liberalismo y el socialismo no radica en las metas perseguidas sino en los medios para alcanzarlas;<sup>3</sup> Von Mises justifica el

<sup>3</sup> Mises sostenía que mientras hay leyes “naturales” que existen por la realidad de la naturaleza humana, susceptibles

liberalismo porque este “optimiza” la riqueza y la felicidad de la sociedad al fomentar el bienestar exterior material. Tanto von Mises como Hayek aceptan fuertes intervenciones del Estado solo si son necesarias para garantizar la inclusión de todos en el mercado; no obstante, los consecuencialistas se preocupan más por el progreso económico y el bienestar social, mientras que los moralistas se acercan a una concepción de la libertad individual considerada más simple e ingenua.

Por otra parte, para una comprensión de la salud desde una perspectiva distributiva podemos partir de la discusión entre Wilfredo Pareto y Jeremías Bentham. Los autores debaten sobre el cálculo de un óptimo de satisfacción social, por la cual el “*Homo economicus*”, como ser racional, tiende a maximizar su satisfacción de acuerdo con sus preferencias y unas condiciones de mercado dadas en una determinada sociedad.

Según Pareto, una sociedad alcanza la máxima satisfacción posible cuando ya no se le puede dar nada a nadie sin quitarle algo a otro. Existiría, de esta manera, una forma de distribución óptima de la renta según la cual, a nivel social, un óptimo de satisfacción de una distribución absolutamente injusta sería tan válido como uno de la más absoluta igualdad (siempre que estos se encuentren dentro del criterio de óptimo paretoiano). Así, la satisfacción que puede experimentar una persona es absolutamente incomparable con la de otra; en este sentido, la satisfacción es una magnitud ordinal, personal, no comparable, lo que supone que no se puede cuantificar ni relacionar con la de otros. No sería posible, entonces, comparar distribuciones diferentes, pues solo se puede realizar una gráfica de satisfacción social con una distribución de la renta dada.

---

de ser descubiertas por la razón kantiana, como la estructura racional del mundo que, mediante su uso, resuelve problemas y permite progresar; el pensamiento moralista (Hayek) de los socialistas fracasa, no por buscar algo equivocado sino por utilizar métodos equivocados para lograrlo, son acciones con consecuencias que son independientes de sus intenciones.

En el modelo de Bentham, por el contrario, no es válida cualquier distribución de la renta realizada entre seres en esencia iguales, pues la diferenciación de las satisfacciones implicaría necesariamente un óptimo más afinado: la ley de rendimientos decrecientes. Esta señala que, dado que los hombres no son en esencia iguales, es posible comparar sus diferentes niveles de satisfacción y unificar los resultados en una sola gráfica de satisfacción social.<sup>4</sup> Podría hablarse entonces de una corriente igualitarista y progresista de Bentham y de una corriente no igualitarista, que considera natural que hombres diversos, actuando en función de sus propias motivaciones y empleando libremente los medios de los que disponen, lleguen a fines diferentes.

Con estos elementos, la libertad de elegir en escenarios de mercado y Estado reducido, nos llevan al pensamiento de Milton Friedman, quien planteaba que la razón por la cual la sociedad libre funciona es porque el capitalismo es coherente con la naturaleza humana; pero, dado que los principios buenos conducen a buenos resultados, serían dos caras de una misma moneda de la ley natural. En este sentido, en *The Constitution of Liberty*, F. A. Hayek escribió: “No es cierto que los seres humanos nacen iguales; [...] si los tratamos igualmente, el resultado tendrá que ser desigual en sus posiciones [...] entonces el único modo de colocarlos en igual posición sería tratarlos de modos diferentes” (1997, p. 60). Por tanto, “la igualdad ante la ley y la igualdad material son, no solo distintas sino en conflicto una con la otra”.

En consecuencia, podemos plantear que la mirada a la igualdad desde un enfoque liberal nos puede llevar a un bajo grado de protección social en salud de los más vulnerables, donde su acceso

---

<sup>4</sup> Esta comparación cardinal, tratada desde las teorías económicas del bienestar, en su primer teorema puede decir con precisión cuántas unidades corresponden a la magnitud medible de las variables cardinales donde todas son ordinales. El problema principal del razonamiento utilitarista es que requiere una comparación numérica cardinal para comparar los niveles de utilidad de las personas.

al mercado laboral en las precarias condiciones que permite la flexibilización laboral limita el crecimiento económico regido por las leyes del mercado, reduciendo oportunidades de satisfacer necesidades sociales en salud. En este sentido, la práctica real de la política de Estado está obligada a responder a través de los gobiernos de turno, priorizando medidas económicas focalizadas y asistencialistas (Sisben), con miras a lograr un mínimo de justicia y equidad en salud para los individuos y los grupos vulnerados.

## FLEXIBILIZACIÓN LABORAL Y SALUD

Teniendo en cuenta los planteamientos del profesor Amartya Sen (1992, p. 40), las titularidades y capacidades del individuo y su familia son consideradas elementos fundamentales del desarrollo. En este sentido, las relaciones entre las formas de contratación y su efecto en las capacidades para el desarrollo humano nos muestran que el trabajo (Gorz, 1988) es considerado un deber moral, una obligación social y, por supuesto, una vía para mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de los individuos y sus familias.

En América Latina, de acuerdo con la medición del coeficiente de Gini presentada por la Contraloría General de la Nación durante el 2006, los países que tienen la peor distribución del ingreso son Brasil (0,591) y Colombia (0,567). La situación colombiana nos muestra que el 10% de la población más rica dispone de un ingreso (46,5%) tres veces mayor al del segundo decil, reconociendo que en América Latina —y en especial en el mercado laboral colombiano— se han presentado cambios que inciden en los grupos vulnerables y en su condición de acceso y estado de salud como los siguientes:

a) Las relaciones entre el trabajo, las formas de contratación y la dinámica de la salud de los trabajadores se han deteriorado. Los niveles de cambio macroeconómico tienen una tendencia a la tercerización de la actividad económi-

ca, la cual afecta profundamente las sociedades laborales con nuevas formas de organización del trabajo y nuevos riesgos laborales.

- b) También los aspectos demográficos, como el proceso de envejecimiento poblacional en América Latina y la creciente incorporación femenina al mercado del trabajo, en franca desventaja, inciden en el deterioro de las condiciones laborales. Del mismo modo, los hogares sufren las consecuencias de la precariedad laboral de sus integrantes.
- c) Se manifiestan otras modalidades de inserción incompleta, como el subempleo (individuos que trabajan menos tiempo del que quisieran trabajar) y el desempleo oculto. Según Rodríguez (2007, p. 26), a la sociedad colombiana se suman anualmente cerca de 700 000 personas en edad de trabajar, de las cuales solo unas 420 000 logran incorporarse al mercado laboral. Esto significa que cerca de 330 000 personas quedan sin posibilidades de ingreso y, por tanto, cada año, en promedio, hay unos 90 000 nuevos desempleados (CID, 2007).
- d) La mayoría de los nuevos empleos que generan las economías actuales es precaria, de duración predeterminada e inestable, lo cual ratifica el fracaso de la Ley 50 de 1990 y de la Ley 789 de 2002. Cerca del 48% de los trabajadores aspira a un cambio en su escenario laboral; esta insatisfacción es también un indicador del deterioro que ha sufrido la calidad del trabajo en el periodo 1992-2000 (U. Externado, 2001).
- e) El mercado laboral tiende a privilegiar el trabajo autónomo sobre el trabajo asalariado. Aquí la autonomía supone una capacidad, por parte del trabajador, para crear su propio puesto de trabajo y garantizar cotidianamente su reproducción. Esto no se realiza sin una serie de conocimientos y orientaciones (creatividad, capacidad de iniciativa, de cálculo, de relación, negociación, etc.), cuya apropiación supone un laborioso y costoso proceso de aprendizaje.

Durante los últimos quince años en Colombia, la generación de empleo ha aumentado a expensas de la categoría ocupacional “de cuenta propia”, que comprende cerca del 38% de los puestos de trabajo. Podemos decir entonces que el 80% de los nuevos puestos de trabajo generados en Colombia durante este periodo son clasificados como independientes (CID, 2007).

Por otra parte, las principales reglas de acumulación han estado profundamente marcadas por las nuevas reglas dominantes del juego liberal, siendo la pobreza, vinculada al empleo precario, y la recesión los dos espectros que dominaron en los años noventa. Por lo anterior, en un lapso de diez años (1995-2005), la deuda como proporción del PIB creció más del doble (26-52%), observándose un aumento en gasto militar —de carácter contracíclico (defensa, orden y seguridad)— con relación al gasto social en salud (de carácter procíclico).

La crisis del periodo 1998-2002, en el que se registraron tasas inferiores de crecimiento demográfico, llevó a un empobrecimiento de la población que, acompañado de una mayor concentración del ingreso, condujo a una sociedad más desigual y excluyente. En este sentido, en la población de menores ingresos, el gasto relacionado con los bienes básicos equivale al 74% del gasto, mientras que en la de altos ingresos es del 49,7%.

Es importante resaltar que durante el 2004, los recursos totales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ascendían a 11,1 billones de pesos que, divididos por la población total (43,7 millones) resultan en 254 845 pesos por persona. Entretanto, el valor de la UPC subsidiada era de 191 821 pesos (CID, 2004). Podemos concluir, por tanto, que en ese momento histórico se hubiera podido alcanzar la cobertura universal de afiliación y la igualación del POS de los regímenes contributivo y subsidiado.

Según Rodríguez (2007, p. 25), la sociedad de mercado colombiana es profundamente inequitativa, y en el origen de dicha condición debemos tener

en cuenta las reformas que se llevaron a cabo en la década de los noventa, escenario en el cual se acrecentó la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. En ese lapso, las reformas planteadas al sistema de protección social que se llevaron a cabo como parte de la segunda fase de la reforma financiera provocaron un rediseño de las formas de organización productiva que incidió en el mercado laboral y generó aumento del desempleo, bajos ingresos, subempleo y, por supuesto, un mayor nivel de pobreza.

Adicionalmente, cerca del 80% del ingreso de los hogares proviene de una relación laboral inestable. Sin embargo, una mayor desigualdad se da entre el nivel de ingreso laboral del decil más alto de la población con respecto al decil más bajo, siendo el primero cien veces mayor que el segundo (OIT, 2006, p. 12).

El crecimiento de la población económicamente activa es la resultante de una dinámica poblacional de crecimiento demográfico y reducción del ingreso de los hogares que conlleva aumento de la necesidad de incorporarse a un mercado de trabajo restringido. Esto da lugar a una mayor tasa de subempleo, con tasas de desempleo por encima de los dos dígitos que, si bien han disminuido por la flexibilización laboral que en forma resiliente se acepta, requiere que el número de ocupados con mejores formas de contratación aumente en una proporción mayor que la tasa de participación.

El 80% de los nuevos puestos de trabajo generados en Colombia en los últimos quince años son clasificados como independientes; la tercera parte de los trabajadores se encuentra en subempleo y más del 90% de los trabajadores por cuenta propia son informales y son sus propios patronos, es decir, son propietarios de microempresas o empresas de hogares. Entonces, los criterios de mercado se imponen sobre los del bien público, lo cual ha generado en los últimos veinte años un deterioro de los indicadores sociales, a expensas del trabajo productivo injustamente remunerado y ejercido en condiciones de no libertad, desigualdad, inse-

guridad y poco respeto por la dignidad humana; es decir, *working poor*, trabajo empobrecido.

Aspirar a un trabajo decente en Colombia, el cual, según la OIT, debe ser un trabajo productivo justamente remunerado y ejercido bajo principios de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana, es hoy en día casi una utopía. Es el trabajo precario el que se ha impulsado en los últimos años, con un tipo de relación laboral donde el trabajador informal es vulnerado en sus derechos y excluido del sistema de riesgos profesionales; donde el 83% de la fuerza laboral se encuentra por fuera del régimen pensional. Es de resaltar que con este modelo de precarización laboral se afecta más a los grupos del mercado laboral que ya se encontraban en condiciones de vulnerabilidad, como las mujeres, los jefes de hogar maduros y los jóvenes, especialmente los bachilleres. Esta condición de vulnerabilidad social en salud es transmitida a los hogares, donde las personas más enfermas son las que tienen un nivel de ingreso más bajo.

Quisiéramos enfatizar, entonces, que la relación entre la salud y la flexibilización laboral tiene una dinámica de doble vía, donde la calidad y la productividad laboral son determinadas por la motivación, la satisfacción y el bienestar del individuo y su entorno laboral. La relación entre mercado laboral, informalidad, régimen contributivo y seguridad social nos mostró que “la emergencia social del 2009, sin ser una emergencia”, es una expresión del fracaso de la Ley 100, explicada desde el desconocimiento sistemático de la financiación a través de impuestos progresivos, falta de regulación y control (González, 2010).

La salud es un bien público meritorio que requiere unos acuerdos que no se realizan en el núcleo de una contratación laboral con desventajas, como lo muestra la postura del utilitarismo clásico (Smith, Bentham, Mill, Edgeworth y Marshall, en González, 2002 p. 148). Dado lo anterior, y como bien se puede inferir de los planteamientos de González (2010), cabe resaltar que en el ámbito de la salud, lo más interesante sucede por fuera del núcleo

productivo, como lo hace Vernon Smith (1974): por un lado, la simpatía es el principio que rige la relación entre el profesional de la salud y el paciente; por otro, la naturaleza del bien “salud” entorpece el funcionamiento del sistema de precios debido a que esta es difícilmente valorable en términos monetarios.

La inversión en salud se justifica como medio para alcanzar el bienestar (Rodríguez 2002, p. 67). Al convertirse en un aspecto fundamental para el crecimiento económico y contribuir a reducir las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores, la buena salud es un mecanismo de liberación de recursos que podrían invertirse en mejoras de la relación laboral, mayores remuneraciones y aumento de la vida productiva de los individuos. Vista de esta manera, una menor flexibilización laboral significaría una mejora en el acceso y en la salud en general, con la consiguiente reducción de la salud como gasto de bolsillo para los hogares. Así las cosas, estamos ante un elemento clave para avanzar en la propuesta de aseguramiento universal como formulación participativa de políticas públicas de seguridad social en pro de la población vulnerable.

Las relaciones de trabajo derivadas de formas de contratación desventajosas para el trabajador son consideradas agravantes en un escenario donde un evento accidental o la exposición a factores de riesgo, temporal o prolongada, constituyen la naturaleza de un daño a la salud. Dichas relaciones afectan también la categoría trabajo, pues se expresan en mayor enfermedad y discapacidad, baja productividad laboral, incapacidad y ausentismo. Lo más grave de este cuadro es que las cargas de la relación desventajosa y sus consecuencias recaen sobre la situación individual y del núcleo familiar del trabajador, con lo cual se perpetúa la reproducción social de la vulnerabilidad y se reducen las posibilidades de salir del círculo de pobreza.

El comportamiento del mercado laboral y la flexibilización asociada a este muestran no solo razones

de baja cobertura y atención integral a las familias, sino un aporte sustancial a la crisis económica colombiana. Desde 1999 comenzó a presentarse una caída del PIB de 4,3 puntos porcentuales, así como un desempleo mayor a veinte puntos. En cuanto al aumento de la informalidad en la última década, se destaca que dentro de la población ocupada más del 59% lo está porque se encuentra en el sector informal, lo cual también tiene un efecto negativo en la posibilidad de integrarse al sistema de seguridad social e impacta las condiciones de salud, tanto de los trabajadores como de sus familias.

Respecto a la responsabilidad del Estado en la prestación de servicios de salud dentro del nuevo esquema, el campo de la salud se ha planteado como una responsabilidad estatal, con una función de reglamentación especial, dado que la especificidad de este mercado no permite un tratamiento igual al de cualquier mercancía. Según Rodríguez (2002, p. 17), tres razones de índole económica justifican la función de los gobiernos en este campo: 1) la existencia de bienes públicos que crean grandes externalidades positivas; 2) las fallas del mercado en la atención de la salud y en los seguros médicos con POS diferenciales, y 3) sin la presencia del Estado, la población considerada vulnerable no tendría acceso al sistema, y no podría contribuir a la productividad ni al bienestar.

Pese a las anteriores razones, una reforma no estructural del SGSSS colombiano nos muestra una serie de restricciones relacionadas con el acceso a la salud de la población trabajadora y de sus familias, la cual manifiesta que las inequidades en la distribución del ingreso, la exclusión social y el crecimiento del esquema económico a expensas de las relaciones laborales desventajosas se manifiestan en el sistema de salud. Adicionalmente, la existencia de dos regímenes de salud, que segmenta la población y aumenta el estigma social, implica que una parte de la población debe declararse pobre para acceder al sistema (población vinculada), lo cual es altamente inequitativo porque los servicios brindados a esta población

son sustancialmente diferentes a los que recibe el sector formal de la economía.

Adicionalmente, se observa que los avances logrados no logran superar las barreras de acceso asociadas con factores económicos para responder al aumento de la demanda de servicios de salud. En este sentido, la afiliación de salud a la que obligan contratos de trabajo desventajosos y de corta duración se ha convertido en una garantía frágil para que los trabajadores y sus familias puedan acceder al servicio, pues las personas que no cuentan con una afiliación activa a salud en el momento requerido, no acuden a las IPS por no incurrir en gastos de bolsillo, ya que carecen de recursos económicos. De lo anterior se desprende que las personas que manifiestan sentirse más enfermas son las que tienen un nivel de ingreso más bajo.

Como consecuencia de lo planteado, la expresión de la reforma no estructural del SGSSS colombiano nos muestra una serie de restricciones relacionadas con el acceso a la salud de la población trabajadora y sus familias, derivada de las relaciones laborales desventajosas, una de las expresiones de la mala distribución del ingreso. Este orden de cosas en lo laboral produce las inequidades y la exclusión social, manifiestas en el estado de salud de los trabajadores y su entorno familiar.

En el panorama de un mercado de salud fragmentado y su interacción de doble vía con la problemática de la flexibilización laboral, expresada en relaciones salariales injustas y una estabilidad laboral que es privilegio de la menor parte de la población, es visible que el sistema genera unos resultados diferenciales en cuanto al estado de salud de las poblaciones. Dichos resultados dependen de las distintas barreras de acceso a los servicios, pero además mantienen una dinámica de vulnerabilidad social con brechas casi insalvables para la mayoría de la población, perpetuando con ello su exclusión. Así las cosas, es importante avanzar en un esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir y promover la salud de los trabajadores formales e informales.



Dentro de esta respuesta social de tipo institucional se debe plantear como fundamental el componente de salud laboral, uno de cuyos propósitos es incidir en las formas de contratación de los trabajadores y en los tipos de prevención que pueden realizarse en este escenario, con miras a mitigar el impacto social y sanitario sobre el sistema. Esto da a este componente una posición prioritaria dentro de la salud pública, basada en principios como: 1) el trabajo intersectorial y transectorial; 2) la reorientación de los programas, planes y actividades centrados en la prevención y la promoción de la salud, y 3) la participación activa de los trabajadores y del sector empresarial en la formulación de estas intervenciones.

## CONCLUSIONES

Con este panorama, y para cerrar la reflexión, podemos plantear unas consideraciones finales que aporten al debate en pro de disminuir la vulnerabilidad y la exclusión social en salud de las personas que por tener una relación laboral en desventaja, no pueden acceder a la salud, lo cual vulnera sus derechos y dificulta enormemente la inserción social que les permitiría una mejor calidad de vida.

Es claro el aumento de la afiliación de la población colombiana al SGSS, especialmente en el periodo de 1997-2003, el cual actualmente es cercano al 94,7% (Ministerio de la Protección Social, 2011). Sin embargo, el modelo económico imperante aspira a seguir sustituyendo la mano de obra por capital, lo cual puede afectar aún más el empleo si el componente tecnológico hace sentir su impacto sobre la participación laboral.

También es de resaltar que la acción del Estado para proteger a la población vulnerable por medio de los sistemas de protección social se encuentra delimitada por las políticas económicas que orientan el manejo del gasto público. Los recursos de oferta siguen subiendo (educación, salud con subsidio, etc.) y su monto focalizado no supera

las transferencias a la oferta, pero el gasto público continúa privilegiando la focalización y deja a la política social condicionada a las restricciones fiscales que impone el sistema. No obstante, aun en el tipo de economía vigente, se podría mejorar las medidas sanitarias utilizando los recursos disponibles de una manera socialmente productiva.

Finalmente, y gracias a la reflexión aquí presentada, se ha encontrado que es fundamental profundizar en el análisis y la consolidación de la categoría trabajo y salud, para profundizar en las múltiples problemáticas que configuran el panorama actual de la salud en Colombia. En ese sentido, en el mediano y el corto plazo, las siguientes posibilidades de investigación adquieren relevancia:

Avanzar en la búsqueda de un ingreso mínimo de subsistencia y de un sistema único de beneficiarios para su manejo. Esto apunta a la legitimación de una política pública que disminuya las prácticas clientelistas y aumente la inclusión de la población vulnerable a través del despliegue de sus capacidades, de manera que se que le permita obtener los satisfactores para alcanzar una mejor calidad de vida, en especial un buen nivel de salud.

Articular aspectos claves de la protección social, como la coordinación entre salud y riesgos profesionales, donde es fundamental encontrar formas viables para la incorporación del trabajador informal. De esta forma, además, se contribuye a evitar la evasión, la elusión y el traslado de la atención del accidente de trabajo y la enfermedad profesional al sistema de salud.

Si partimos de que los seres humanos tenemos unas capacidades que requieren oportunidades para ser expresadas, tendríamos que en nuestra construcción social como iguales, la buena salud y la prosperidad económica se refuerzan mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana. Así, la salud es una parte constitutiva del desarrollo y contribuye al aumento del crecimiento

to económico, por lo cual la asignación social de los recursos económicos no puede estar separada del papel que desempeña la política basada en la participación social.

También se evidencia en lo expuesto que aspectos como la flexibilidad del mercado laboral han generado un mayor nivel de exclusión y vulnerabilidad social en salud y por tanto una alta concentración del ingreso, aumentando la mala salud de la población a pesar de que la esperanza de vida sigue incrementándose y muchos otros indicadores de salud siguen mejorando, como la disminución de la mortalidad materna perinatal. Pero pese a esta mejora, el efecto de la dinámica macroeconómica de precarización en la contratación laboral sobre el nivel de salud de la población colombiana nos muestra también que, dentro del comportamiento de los diferentes indicadores socioeconómicos, los indicadores de salud pública continúan presentado un deterioro notable en los últimos quince años.

La invitación es entonces a reconocer desde la mirada de los científicos de las ciencias sociales los elementos fundamentales para construir políticas públicas de protección social que incidan positivamente en la disminución de la vulnerabilidad social de la población colombiana, tomando en cuenta tanto los resultados de la racionalidad técnica como los aportes comprensivos de la salud y su vínculo con la flexibilización laboral.

## REFERENCIAS

- Arrow, K. (1952). The principle of rationality in collective decisions. En *Collected papers of Kenneth Arrow. Social choice and justice* (vol. 1, pp. 45-58). Cambridge: Belknap and Harvard University Press, 1983.
- Arrow, K. (1963). *Social choice and individual values* (2ª ed.). New York: Wiley.
- Banco Mundial (1990). *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*, Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial (2002). *Globalización, crecimiento y pobreza*. Bogotá: Alfaomega.
- Bentham, J. (1801). Método y características principales de un instituto de economía política (incluyendo finanzas) considerada no sólo como una ciencia sino como un arte. En W. Stark, *Escritos económicos* (pp. 255-288). México: Fondo de Cultura Económica, 1965.
- Bentham, J. (1995). *A fragment on government*. Cambridge University Press.
- Buchanan, J. (1987). *Consecuencias económicas del Estado benefactor*. Conferencia pronunciada el 27 de mayo de 1987, acto académico de Eseade, Buenos Aires, Argentina.
- Buchanan, J. y Tullock, G. (1962). *The calculus of consent. logical foundations of macroeconomic and health* (pp. 469-484). Bogotá: CID.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction, critique social du judgement*. París: Les Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (2002). *Contre-feux*. París: Éditions Raison D'Agir.
- Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión". En M. J. Acevedo, *El espacio institucional*. Buenos Aires.
- Castel, R. (1996). *La metamorfosis de la cuestión social*. París: Fayard.
- Castel, R. (2003). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial.
- Contraloría General de la República (2004). *Bienestar, macroeconomía y pobreza*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Contraloría General de la República (2006). *Bien-estar, macroeconomía 2002-2006: el crecimiento inequitativo no es sostenible*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Desoille H. (1986). *Medicina del trabajo* (capítulos 3 y 4, pp. 37-57). Barcelona: Masson.
- Edgeworth, F. (1879). The hedonical calculus. *Mind*, 4 (15), 394-408.

- Edgeworth, F. (1881). *Mathematical psychics: An essay on the application of mathematics to the moral science*. Londres: Routledge.
- Eltis, W. (2000). *The classical theory of economic growth*. Nueva York: Fondo Xavier Clavijero, México.
- González, J. I. (2002). *Lo público, lo estatal y lo privado, en la década perdida*. Bogotá.
- González, J. I. (2006). *Ética, economía y políticas sociales* (capítulos I y II, pp. 11-175). Medellín: Editorial Corporación Región.
- González, J. I. (2007). Editorial: "La tensión entre la libertad y la justicia". Palabras pronunciadas al recibir la orden Gerardo Molina. *Economía Institucional*, 9 (17), 5-10.
- González, J. I. (2010). La emergencia social y el colapso de la ley 100 de 1993. *Razón Pública*, febrero.
- Gorz, A. (1988). *Métamorphoses du travail. Quête de sens. Critique de la raison économique*. Galilée.
- Guitton, H. (ed.) (s. f.). *Public economics. An analysis of public production and consumption and their relations to the private sectors* (pp. 98-123). Londres: MacMillan.
- Hayek, F. (1950). *Camino de la servidumbre*. San José de Costa Rica: Fersa Ediciones.
- Hayek, F. (1997). *Los fundamentos de la libertad*. Barcelona: Folio.
- Londoño, J. L. y Frenk, J. (1991). *El pluralismo estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Policopiado BID, Washington, D. C.
- Max-Neef, M. et ál. (1986). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Chile: Editorial Cepaur.
- Ministerio de la Protección Social (2011). *Informe de gestión presentado a la Procuraduría General de la Nación*. Bogotá: MPS.
- Moser, K. A. (1987). Unemployment and mortality: Comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census simple. *British Journal Medical*, 294, 86-90.
- Nielsen, K. (1989) Making a case for socialism. En *Free inquiry*. Londres.
- Núñez, J. y Ramírez, J. C. (2002). *Determinantes de la pobreza en Colombia*. Bogotá: Cepal.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2006). *Panorama laboral. América Latina y el Caribe*.
- Rodríguez, O. (2002). Reformas promercado y seguridad social. En *Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social* (tomo 3, pp. 13-116). Bogotá: CID, UN, colección La Seguridad Social en la Encrucijada.
- Rodríguez, O. (2008). Regulación, macroeconómica y equidad. En *Equidad y salud debates para la acción* (tomo 4, pp. 23-68). Bogotá: CID, UN, colección La Seguridad Social en La Encrucijada.
- Salama, P. (1999). *Riqueza y pobreza en América Latina. La fragilidad de las nuevas políticas económicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Salazar, M. (1996). *Libertad real para todos, de Philippe van Parijs*. Madrid: Paidós.
- Samuelson, P. (1954). The pure theory of public expenditures. *Review of Economics and Statistics*, 36 (4), 387-389.
- Samuelson, P. (1955). Diagrammatic exposition of a theory of public expenditures. *Review of Economics and Statistics*, 37 (4), 350-356.
- Samuelson, P. (1958). Aspects of public expenditure theories. *Review of Economics and Statistics*, 40 (4), 332-338.
- Samuelson, P. (1969). Contrast between welfare conditions for joint supply and for public goods. *Review of Economics and Statistics*, 51 (1), 26-30.
- Tenti, E. (2002). Notas sobre exclusión social y acción colectiva. En *La política social desde la Constitución de 1991 ¿Una década perdida?* Colección CES, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Smith, A. (1977). *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. México: Publicaciones Cruz.
- Smith, A. (2000). *The theory of moral sentiments*. Nueva York: Prometheus Books.
- Smith, V. (1974). Economic theory and its discontents. *American Economic Review*, 64 (2), 320-322.

- Sen, A. (1992). Conceptos de pobreza. En Beccaria et ál. *América Latina: el reto de la pobreza. Conceptos, métodos, magnitud, características y evolución*. PNUD.
- Sen, A. (1999a). La democracia como valor universal. *Journal of Democracy*, 10 (3), 3-17.
- Sen, A. (1999b). *Desarrollo y libertad* (capítulos I, II, III y IV). Bogotá: Planeta.
- Universidad Externado de Colombia (2001). *Análisis de la ENH en siete áreas metropolitanas*. Bogotá: U. Externado.
- Van Parijs, P. (1996). *Libertad real para todos*. Barcelona: Paidós.
- Von Mises, L. (1993). *Política económica*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Von Mises, L. (1996). *Sobre liberalismo y capitalismo*. Barcelona: Folio.

Recibido: 14 de septiembre del 2012

Aceptado: 15 de marzo del 2013

CORRESPONDENCIA

Jesús Alercio Ortega Bolaños

jaortega@unisalle.edu.co