

**EXPECTATIVAS DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD DE LOS ARTICULOS
2, 6, 10, ANTE LOS RETOS DEL SGSSS Y SU APLICABILIDAD A LOS
USUARIOS DE COOSALUD EPS VALLEDUPAR**

MABEL MILENA YANET ARIZA

RENÉ DARIO PAZ MENDOZA

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS

PROGRAMA DE DERECHO

VALLEDUPAR- CESAR

2022

**EXPECTATIVAS DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD DE LOS ARTICULOS
2, 6, 10, ANTE LOS RETOS DEL SGSSS Y SU APLICABILIDAD A LOS
USUARIOS DE COOSALUD EPS VALLEDUPAR**

MABEL MILENA YANET ARIZAJ

RENÉ DARIO PAZ MENDOZA

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO FINAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ABOGADOS**

ASESOR TEMÁTICO:

DOCTORA MELISSA GÓMEZ FERNÁNDEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

DOCTOR JOSE CASTAÑEDA ROMERO

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS

CARRERA DE DERECHO

VALLEDUPAR- CESAR

2022

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE JURADO

JURADO

JURADO

DEDICATORIA

Dedico este nuevo triunfo obtenido con mucho sacrificio y muy esperado:

Al DIOS todo poderoso y bondadoso porque para él siempre será toda la gloria y la honra.

A mi MADRE Mariela Mendoza Sierra (Q.E.P.D) y a mi PADRE Héctor Julio Paz Santiago (Q.E.P.D) por todo el esfuerzo y dedicación como pilar fundamental en nuestra formación. Siempre estarán en mis recuerdos, nunca los olvidare.

A mis Hermanos: Héctor Luis, Hugo Nelson, Mirleth y Héctor Jesús, por el acompañamiento, apoyo mutuo y siempre estar juntos durante el proceso de formación y principalmente en los momentos difíciles de nuestras vidas.

A Mis grandes tesoros: mi Esposa Patricia Mercedes y mis bellos hijos Cristian René y René David a quienes amo enormemente y que son la razón de mi vida, por todo el sacrificio, comprensión y el gran apoyo recibido de forma incondicional.

A mis hermosos sobrinos: Oscar Daniel, Héctor Daniel, Luis Daniel y el gran Mateo Luis, por ser parte también de mi vida.

RENE DARIO

AGRADECIMIENTOS

A Dios, principalmente por darme toda la sabiduría, el empeño, la dedicación y la fortaleza de vida.

A mi bella esposa Patri, por su valioso apoyo y gran motivación para alcanzar este gran anhelado y esperado triunfo, la cual en ningún momento me dejó desfallecer siempre apoyándome constantemente.

A mis apreciados y muy respetados docentes asesores temático y metodológico, que iniciaron con el proyecto Doctor Andrés Maestre Labrada, Doctor José Gregorio Castañeda Romero y en su terminación posterior la Doctora Melissa Johana Gómez Fernández, por todo ese compendio de conocimientos brindados, por el tiempo dedicado, la sugerencia muy oportunas, fundamentales y determinantes, los cuales incidieron en ese horizonte para cumplir finalmente con el propósito, sin los cuales no viera sido posible.

A la EPS Coosalud, por brindarnos todo el apoyo y la información necesaria para dar inicio a la realización del trabajo investigativo.

RENE DARIO

DEDICATORIA

Esta Tesis la dedico principalmente a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, a mi Padre que descansa en la Gloria de Dios, que desde el Cielo es una estrella que ilumina mis sueños, A mis hermanos y sobrinos que me animaron con su cariño para así poder continuar, A mi amigo Rene Paz y familia, que me ayudo a perseverar y así poder llegar hasta el final del camino, A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional. Una vez más puedo decir de todo corazón para Dios todo es posible y Todo lo puedo en Cristo que me fortalece.

MABEL MILENA

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Edith, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis Hermanos y Amigos, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tienen en mí.

A mi compañero de Tesis Rene Paz y Familia por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional.

A mis Docentes y Empleados de la Universidad Popular del Cesar que me animaron a no desfallecer hasta alcanzar esta gran meta.

A Coosalud EPS por permitirme conocer esta entidad tan prestigiosa que brinda su servicio de salud a muchas personas de la Comunidad Valduparense.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

MABEL MILENA

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	13
Abstract	15
Introducción	16
CAPITULO I. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.1. Título	19
1.2. Línea de Investigación.....	19
1.3. Planteamiento del Problema	19
1.4. Descripción y Formulación de la Pregunta de Investigación	26
1.5. Objetivos de Investigación	26
1.5.1. Objetivo General.....	26
1.5.2. Objetivos Específicos	27
1.6. Justificación.....	27
CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL.....	30
2.1. Marco Histórico.....	30
2.2. Marco Teórico	34
2.2.1. Antecedentes de la Ley Estatutaria 1751 De 2015	34

2.2.2. Reconstrucción del Concepto de Derecho Fundamental a la Salud A Través de la Jurisprudencia de la Corte Constitucional	36
2.2.3. Prestaciones de Salud	41
2.2.4. Ley Estatutaria 1751 Del 16 de febrero del 2015 (LES)	43
2.3. Marco Jurídico.....	55
2.4. Marco Contextual	63
2.5. Marco Conceptual	70
2.6. Antecedentes o Estado del Arte:	85
CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	130
3.1. Tipo de Investigación	130
3.2. Universo, Población y Muestra	130
3.3. Técnicas o Instrumentos para la Recolección de Información.....	130
3.4. Método de Análisis.....	131
3.5. Recursos	132
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	134
5.1. Resultados y Análisis	134
5.2. Conclusiones	151
5.3. Recomendaciones.....	156

5.4. Bibliografia.....	157
Anexos.....	162

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Accesibilidad de acuerdo con el Triage.....	134
Figura 2. Oportunidad en la atención.....	136
Figura 3. Información sobre los procedimientos realizado.....	139
Figura 4. Comodidad con las instalaciones.....	141
Figura 5. Atención integral del paciente.	143
Figura 6. Recomendaría a la IPS.....	146
Figura 7. Calificación de la EPS respecto a los trámites administrativos.....	147
Figura 8. Calificación del funcionamiento de políticas del sistema de salud.	149
Figura 9. Calificación general del nivel de satisfacción.	150

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Accesibilidad.....	134
Tabla 2. Oportunidad.	135
Tabla 3. Atención humanizada.....	137
Tabla 4. Información sobre los procedimientos realizados.....	139
Tabla 5. Comodidad con las instalaciones.	140
Tabla 6. Integralidad en la atención.	142
Tabla 7. Capacidad instalada.....	144
Tabla 8. Recomendación de la IPS.	145
Tabla 9. Trámites administrativos.....	147
Tabla 10. Resolutividad.	148
Tabla 11. Resultados generales de satisfacción.	150

Resumen

El presente trabajo investigado tiene como propósito analizar el comportamiento, aplicabilidad y la suficiente adherencia de Ley 1751 del 16 de febrero del 2015 por parte de los principales actores del complejo sistema, como lo son los Entes Territoriales, EPS e IPS específicamente en 3 de sus 26 artículos que conforman la precitada norma, y que tiene como título: “Expectativas de la Ley Estatutaria en Salud de los artículos 2, 6, 10, ante los retos del SGSSS y su aplicabilidad a los usuarios de Coosalud EPS Valledupar”.

Lo que se pretende con esta ley de rango Constitucional es buscar solución a la problemática del Sistema de salud colombiano, de ahí la importancia de los autores en la investigación, para determinar las condiciones de la prestación de los servicios de salud hospitalarios enmarcados en los artículos en mención; el estudio se desarrolló a través de un instrumento - encuesta aplicado a pacientes internados o familiares en las diferentes IPS red y no red, incluyéndose aspectos fundamentales y que hacen parte del conjunto de atributos de la calidad en la atención médico- asistencial.

Finalmente, lo que se quiere con esta Ley y los artículos objeto de estudio, es la implementación de políticas y acciones de mayor alcance que favorezcan a la satisfacción plena y de esta forma garantizar el goce efectivo de la salud, como un derecho fundamental; eliminando todas las barreras por las que tienen que pasar los usuarios al momento de requerir una atención de calidad, oportuna, suficiente e integral.

Palabras claves: Ley estatutaria, salud, atención, calidad, oportunidad, integralidad, continuidad, universalidad, equidad, suficiencia, satisfacción, derechos, deberes, afiliados.

Abstract

The purpose of this research work is to analyze the behavior, applicability and sufficient adherence to Law 1751 of February 16 2015, by the main actors of the complex system, such as the Territorial Entities, EPS and IPS specifically in 3 of its 26 articles that make up the aforementioned norm, titled: "Expectations of the Statutory Law on Health from articles 2, 6, 10, facing the challenges of the SGSSS and its applicability to the users of Coosalud EPS Valledupar".

This law of Constitutional rank aims to seek a solution to the problems of the Colombian health system, hence the importance of the authors in the research, to determine the conditions of the provision of hospital health services framed in the articles mentioned; the study was developed through an instrument - survey applied to inpatients or relatives in the different IPS network and non-network, including fundamental aspects that are part of the set of attributes of quality in medical care.

Finally, the aim of this Law and the article under study is the implementation of policies and actions of greater scope that favor satisfaction and thus guarantee the effective enjoyment of health as a fundamental right, eliminating all the barriers that users must go through when requiring quality, timely, sufficient and comprehensive care.

Keywords: Statutory law, health, care, quality, opportunity, integrity, continuity, universality, equity, sufficiency, satisfaction, rights, obligations, affiliates.

Introducción

Con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fundamentado en la Ley 100 de 1993, cuyo propósito principal es garantizar a todos los colombianos la cobertura total de los servicios de salud; en los que se instituyen tres (3) principios básicos y determinantes: la eficiencia, la universalidad e integralidad; los cuales buscan con ellos promover la competencia entre las Empresas Administradoras de Planes De Beneficios (EAPB) o aseguradoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), buscando de esta manera cumplir a cabalidad con el objeto misional, que es brindar plenas garantías en la prestación de los servicios médico asistenciales. Pero es a través de las (2) décadas aproximadas de creado el sistema, en que se ha venido evidenciado muchas falencias y no conformidades de los usuarios frente a la prestación de los servicios recibidos, que muchas veces están muy lejos de ser oportunos, suficientes, integrales y de calidad, lo que lleva a no conseguirse la satisfacción total.

Dentro de ese contexto se evidencia el enfrentamiento del SGSSS vs usuarios, debido al incumplimiento para garantizar la atención en salud como un servicio público, al desconocerse por parte de las aseguradoras e IPS esta situación, se inicia la vulneración del derecho a la vida, la cual estaba en conexidad a la salud, optándose por interponer acciones de tutelas que reclamaban derechos relacionados con los servicios de salud, que advierten literalmente sobre el incremento sostenido en el número de tutelas en esta materia. Siendo todos los fallos judiciales favorables al accionante, y convirtiéndose este, como el único mecanismo constitucional idóneo para proteger los derechos fundamentales en Colombia.

Lo que lleva a que se efectúe una importante reforma al sistema de salud en nuestro país, que es a través la Sentencia T-760 del 2008 el precedente para la categorización de la salud como un derecho de rango constitucional, normatizado actualmente en la Ley Estatutaria No 1751 del 16 de febrero del 2015, motivo de estudio del presente trabajo de investigación, en el que los autores buscan determinar el impacto y la adherencia de los artículos 2, 6 y 10 de la precitada norma y su aplicabilidad a los afiliados de Coosalud EPS de la Ciudad de Valledupar.

Analizando el contexto normativo de la L.E.S (Ley Estatutaria en Salud) en sus articulados se brindarán diferentes beneficios para los usuarios, por ser la salud categorizada al rango de derecho fundamental autónomo; siendo así, a nadie se le podrá negar el acceso a los servicios de salud, a la vez tienen todo el derecho de recibir una atención oportuna, eficiente y de calidad por parte de los actores del sistema (Entes territoriales, EPS, IPS). Su fundamento legal se determina por ciertas características que la hacen especial tales como: es una norma garantista, es prevalente difícil de derogar y es completamente independiente al sistema de salud.

Con la Ley Estatutaria en salud se pretende buscar una solución a la problemática en la que actualmente se encuentra el sistema de salud colombiano, eliminando las barreras por las que tienen que pasar los usuarios al momento de solicitar la atención, más cuando se trata de un servicio público esencial obligatorio; contribuyendo en forma positiva a que la atención sea acorde a las necesidades individuales de los usuarios, de ahí la importancia de los investigadores en analizar el comportamiento y aplicabilidad de los artículos 2, 6 y 10

de la precitada norma, en la que se involucran aspectos determinantes para una adecuada asistencia hospitalaria, como lo son el acceso, la oportunidad, la continuidad, la equidad, la universalidad, la eficiencia, la sostenibilidad, la calidad, la idoneidad profesional; conocer los derechos y deberes de los usuarios entre otros. Estos elementos mencionados en los articulados objeto de estudio, se comportan como unos verdaderos atributos esenciales del derecho fundamental a la salud, categorizado por la Ley Estatutaria en salud (LES) por ser de rango Constitucional.

Por lo anterior con esta ley, se pretende establecer políticas y acciones de mayor alcance para iniciar la reestructuración del sistema y el cumplimiento de todo lo expresado en el texto de cada uno de los 26 artículos que la conforman. Los cuales están exhortando a los actores (E.T, EPS E IPS) que hacen parte del complejo sistema, implementar todas la medidas necesarias que garanticen el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, categorizado desde el 16 de febrero del 2015, fecha en la cual fue regulado, dejando de ser desde ese momento conexo con el derecho a la vida.

Finalmente, la investigación planteada tiene su epicentro al interior de las IPS red y no red, donde acuden los afiliados de la EPS Coosalud en la Ciudad de Valledupar, los cuales se encuentran recibiendo servicios de salud en las áreas de urgencias y hospitalización. Siendo su objeto conocer de forma personalizada y a través de sus experiencias médico- asistenciales las condiciones en que están siendo atendidos.

CAPITULO I. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Título

Expectativas de la ley estatutaria salud de los artículos 2, 6, 10, ante los retos del SGSSS y su aplicabilidad a los usuarios de COOSALUD EPS Valledupar.

1.2. Línea de Investigación

La línea de investigación institucional establecida del programa de Derecho y acorde al presente trabajo es “DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN E INTERNACIONALIZACIÓN DE LA ECONOMÍA”, debido a que el tema de la prestación de los servicios de salud involucra un derecho fundamental distinguido en conexidad a la vida.

1.3. Planteamiento del Problema

Desde la perspectiva de la hermenéutica jurídica o interpretación del espíritu de la ley, se pretende determinar la importancia del fundamento jurídico en torno al contenido del derecho a la salud, el cual a través del tiempo ha sido reconocido por normas internacionales principalmente en los tratados sobre derechos humanos, siendo lógicamente ratificados por el Congreso de la República de Colombia. Estos tratados imponen al Estado una serie de obligaciones entorno a la importancia que reviste el derecho a la salud como su equivalente a una fuerza preceptiva similar a la de las normas constitucionales, dándole toda la jerarquía la Corte Constitucional Colombiana y las Cortes Internacionales a través del Bloque de Constitucionalidad (Const.1991, Art. 93); tratados como el Pacto Internacional de Derechos y Políticos, la Declaración Interamericana de Derechos

Humanos, realzaron a la condición supra legal la protección de la salud y su inseparable conexidad con el principio de la dignidad humana.

La Constitución Política de 1991 se caracteriza por ser garantista desde su nacimiento, adoptando el Estado Social de Derecho (ESD), en la que dio valor fundamental a la vida y la hace conexas con la salud; siendo la Sentencia T-760 del 2008 el precedente para la categorización del servicio de salud como un derecho fundamental, enmarcado actualmente en la Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero del 2015.

La anterior sentencia emitida por la Corte Constitucional parte en dos la historia de la salud en Colombia, su objetivo principal era arreglar todas las aflicciones que se presentaban con la ausencia de legalidad (omisión legislativa) y de la política pública que haga frente a la protección del derecho a la salud de los colombianos (Const. 1991. Art. 49) derecho que había sido protegido por conexidad desde la Sentencia T-406 de 1992, con relación a la vida y al mínimo vital, siendo utilizada masivamente, pues se estima que el mayor porcentaje de las tutelas corresponden a la violación del derecho a la salud, por la negación y falta de oportunidad en las prestaciones de las tecnologías en salud, tales como medicamentos, tratamientos, intervenciones, insumos, estudios diagnósticos etc. Siendo la acción de tutela el único mecanismo constitucional y jurídico efectivo, que cuenta el ciudadano para solicitar los servicios negados y excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS), cuando se trata de enfermedades que afectan la vida, la dignidad humana y el Estado Social de Derecho, descritos en los primeros articulados consagrados como derechos fundamentales en nuestro precepto constitucional.

Con el nacimiento de la Ley 100 de 1993 se crea el SGSSS, teniendo como su principal objetivo garantizarle a la población colombiana la cobertura total de los servicios de salud, estableciendo como eje fundamental un modelo de aseguramiento que enmarca principios determinantes para el desarrollo de un sistema de salud íntegro y que brinde plenas garantías, ellos son universalidad, solidaridad, calidad, continuidad e igualdad entre otros; todos ellos componentes imprescindibles del ESD, que hacen de nuestra carta magna ser por excelencia antropocéntrica; entrando a controvertir con el SGSSS, que promueve un esquema de racionalidad lógico- científica y económica en la utilización de las tecnologías en salud, que difieren como tal de los fines sociales del Estado; siendo imposible cumplir a cabalidad con el objeto misional, que es tener una cobertura total en el aseguramiento para la salud.

Adicionalmente, incluye un aspecto subjetivo en que el titular es un sujeto de derecho exigible frente a un Estado, y otro objetivo, puesto que el Estado tiene la obligación de brindar las herramientas suficientes de ser garantista, fortaleciendo de este modo los atributos de la calidad para la atención en salud, como lo son oportunidad, eficiencia, suficiencia e integralidad en la actuación propia y autónoma del SGSSS.

A través del tiempo y en su más de dos décadas que tiene el SGSSS, se ha podido evidenciar que los aspectos determinantes considerados críticos y sobre los cuales se estarán analizando en la estructura del trabajo de investigación, son los artículos 2, 6 y 10 del Capítulo I de la Ley Estatutaria en Salud (LES), que describen en sus apartes lo concerniente a la sostenibilidad financiera del sector, la cobertura y el acceso en la

prestación de los servicios de salud en todos sus niveles de atención de manera oportuna, continua, eficaz y con calidad.

Así mismo, otro de las situaciones que han impactado el SGSSS son todas esas medidas interpuestas a través de la acción de tutela, figura jurídica que ha sido determinante e influyente para evitar la vulneración del derecho fundamental de la salud, enmarcada en la Ley Estatutaria 1751 del 2015, siendo este el motivo principal de estudio en la investigación planteada. Igualmente se incluyen los fallos jurisprudenciales desarrollados por medio de las sentencias, la situación de Salud Pública, su mercado y el monopolio de unos pocos, que hacen del sistema un negocio atractivo generador de ganancias, alejándose de su objeto misional que es propender por garantizar el derecho de la población colombiana a la salud, como un bienestar físico, psicológico y social. Lo que ha sido concluyente para volver aún más crítico y difícil el contexto de salud en la prestación de los servicios en el ámbito de la atención inicial (promoción y prevención), de recuperación (tratamiento y paliación de la enfermedad) y rehabilitación general de sus secuelas.

Desde el punto de vista del derecho positivo, otra de las circunstancias que hace complejo el SGSSS es el desconocimiento normativo por su pluralidad en la regulación de su funcionamiento y su dinámica constante de cambio, puesto que es el área del derecho que más deroga, actualiza y amplía el componente legislativo. Lo que en vez de fortalecer el sistema lo debilita por la poca interacción que se da del principio de publicidad y su adherencia hacia los actores directos del complejo régimen, a nivel nacional, regional y

local; es poca la acción que se evidencia de las entidades territoriales, como determinantes y asesores según lo expresado en la Ley 100 del 1993; siendo muy deficiente la divulgación, control y seguimiento de cada uno de los procesos y procedimientos desarrollados al interior del sistema de salud.

Otro de los aspectos influyentes que lo hacen un sistema débil, es la falta de una mayor vigilancia y control que ayude al fortalecimiento de la capacidad institucional, en donde se evalué en forma eficiente y eficaz los estándares exigidos de oportunidad, suficiencia y calidad que deben tener las IPS públicas y privadas, así como las EAPB, sin excluir lógicamente a los Entes Territoriales, los cuales son parte esencial como aseguradores, en el desarrollo funcional y operativo de la población no asegurada que integran el complejo sistema y que siempre lo están desconociendo.

En relación con el párrafo anterior las instituciones del Estado han venido trabajando para que se adopten medidas encaminadas al fortalecimiento de las debilidades que tiene el SGSSS, en cuanto a la eliminación de los efectos negativos en los procesos de reorganización, puesto que ha sido blanco de los malos manejos que favorecen el interés particular y no general, como lo es la corrupción que se ha apoderado de los recursos económicos del sistema de salud.

Todo esto se complementa aún más con la deficiente atención de las aseguradoras, que imponen exagerados trámites administrativos al momento de solicitar los servicios; casos extremos usuarios fallecidos en las puertas de las IPS, por la falta de oportunidad, suficiencia e integralidad en la prestación de la atención en salud. Por lo que se expide la

Ley 1949 del 2019, que tiene por finalidad el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD) en materia sancionatoria, entregando de esta manera las herramientas para dar un orden al SGSSS. Lo que es claro que no es una ley solamente para las aseguradoras o ERP, sino para sancionar a todos y a cada uno de los actores del sistema de salud que a la fecha no les han cumplido a los colombianos.

Finalmente, desde el ámbito local el panorama del SGSSS no está lejos de lo expresado en los párrafos anteriores, se muestra un usuario con una marcada insatisfacción, al momento de solicitar los servicios antes sus aseguradoras, falta de oportunidad en las autorizaciones de las tecnologías en salud, red de servicios reducidas, que no ofertan una adecuada integralidad para el manejo de las patologías, oficinas de atención colapsadas. Para el caso de las IPS se evidencia falta total en la oportunidad para la prestación de los servicios de urgencias y hospitalarios, no existe la suficiente capacidad instalada encontrándose usuarios en total hacinamiento (cruce de infecciones intrahospitalarias) en sillas, camillas y muchas veces en los pisos, convirtiéndose todo esto en el verdadero “PASEO DE LA MUERTE”.

A las anteriores no conformidades se evidencia en el municipio de Valledupar principalmente por parte de las IPS privadas un monopolio marcado en la oferta de los servicios de salud, sobre costo en los insumos, materiales y medicamentos, competencia desleal, inconvenientes en los procesos de inscripción y habilitación de los servicios de

salud, puesto que muchas veces no cumplen con todos los estándares evaluados por parte de la IPS públicas y privadas (Resolución 3100 del 2019).

Para los servicios de Consulta externa o ambulatorios se evidencia extemporaneidad en: la asignación de citas médicas generales y especializadas, cirugías electivas o programadas, entrega de medicamentos e insumos en forma inoportuna, muchas veces son negados (Resolución 1552 del 2013 y Circular No 00000035 del 2018). Al mismo tiempo se encuentran usuarios que exigen sus derechos, pero no cumplen con sus deberes u obligaciones impartidas por el SGSSS, como el uso inadecuado de los servicios médicos, se evidencian las suplantaciones por el préstamo de documentos de identidad, venta de los medicamentos de alto costo prescritos etc. Llevando todo esto a ser del sistema de salud un caos total.

Por todo esto, lo que se espera con la expedición de la Ley Estatutaria de Salud es dar un cambio total al SGSSS y lógicamente de todos los actores involucrados, debido a que el Estado eleva la salud como un derecho fundamental, lo que representa el gozo de la protección y amparo de todas las Entidades gubernamentales. Donde debe acabarse los pretextos para interrumpir tratamientos de índole médico y/o quirúrgico a los usuarios, los abusos en precios de medicamentos por empresas multinacionales reflejadas en las IPS, la negligencia, impericia e imprudencia médica, la iatrogenia, los eventos adversos, errores médicos, mala praxis médica y muchas cosas más que afectan el buen funcionamiento del sistema de salud en todos sus niveles de complejidad.

Finalmente, otros de los aspectos importantes para resaltar de la magna norma, es la garantía que se le da a los facultativos para tomar las decisiones sobre los tratamientos o conductas, en el marco de una autonomía plena, lo que prohíbe toda imposición, presión o restricción del ejercicio médico profesional.

1.4. Descripción y Formulación de la Pregunta de Investigación

Con relación a lo descrito en el contenido del planteamiento del problema de estudio, debemos destacar la pregunta problema de la investigación, la cual es:

¿Se consideran suficientes y eficaces las medidas establecidas en la Ley estatutaria frente a la difícil situación de la salud para la consecución de los servicios médicos asistenciales en las diferentes IPS que prestan atención a los usuarios de Coosalud EPS Valledupar- Cesar?

1.5. Objetivos de Investigación

1.5.1. Objetivo General

Identificar los alcances y limitaciones de la Ley Estatutaria en salud de sus artículos 2, 6 y 10, frente a las políticas del SGSSS en la consecución de los servicios médicos asistenciales en las diferentes IPS hospitalarias que prestan atención a los usuarios de Coosalud EPS Valledupar- Cesar.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Examinar las políticas del SGSSS y su aplicabilidad en el desarrollo de la Ley Estatutaria en salud (LES) de sus artículos 2, 6 y 10, para el logro en la prestación de los servicios asistenciales integrales, oportunos, y de alta calidad.
- Determinar la eficacia de la Ley Estatutaria (LES) de sus artículos 2, 6 y 10 en salud en la consecución de los servicios médicos- asistenciales.
- Conocer los alcances que establecen las políticas del SGSSS en el ámbito local, a la luz de la salud como derecho fundamental según la Ley Estatutaria en salud (LES).
- Establecer el impacto de la Ley Estatutaria en salud (LES) de sus artículos 2, 6 y 10 en relación con la situación actual, para la prestación de los servicios en las IPS hospitalarias que atienden a la población afiliada en Coosalud EPS Valledupar- Cesar.

1.6. Justificación

Los autores buscan con el presente trabajo determinar el impacto y la adherencia de las nuevas políticas del SGSSS descritas en el análisis investigativo de los artículos 2, 6 y 10 del Capítulo I de la Ley Estatutaria en Salud 1751 del 2015 (LES); categorizándose en términos generales a la salud al rango de derecho fundamental en el Estado colombiano, siendo este el aspecto más valioso de esta magna norma, debido a que implica el reconocimiento social de un derecho esencial, para garantizar plenamente la dignidad humana conexas a un estado social de derecho y a la vida de cada habitante en el territorio

colombiano; aspectos que son imprescindibles y determinantes lo que hacen de nuestra Constitución garante por excelencia. Derechos estos que a través de los tiempos han sido vulnerados por intereses particulares y que ven en el Sistema de salud un negocio económico rentable y no como una oportunidad de vida para mejorar la situación precaria por la que se encuentra día a día la salud de los usuarios del SGSSS.

Se puede afirmar lo siguiente, para que la salud pueda ser reconocida y respetada como un derecho pleno en todo el territorio, debió haber sido categorizada desde nuestra Constitución de 1991 como un derecho fundamental y no como se interpretaba conexas a la vida, lo que hubiese fortalecido enormemente las bases estructurales y funcionales del sistema de salud; el cual a través del tiempo ha venido demostrado su ineficacia para la prestación de los servicios en forma oportuna, suficiente e integral, siendo el propósito inicial de la Ley 100 del 1993.

De manera que al no conseguirse surge como un salva vida la expedición de la Ley estatutaria en salud, que luego de su aprobación por parte del Congreso de la República y de declararse la exequibilidad por parte de la Corte Constitucional, el gran reto es lograr que de manera muy progresiva y efectiva se dé, el cumplimiento definitivo de la garantía del derecho fundamental en el marco del SGSSS, esto a través de la articulación del conjunto de normas y políticas estatales vigentes y la adopción de nuevas legislaciones que den prelación al respeto, la protección y la garantía del derecho a la salud, buscando la consecución de su objeto principal que es el acceso equitativo, oportuno, eficaz, integral y con calidad al momento de la prestación de los servicios de salud, en cada una de sus fases

como lo es la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y/o paliación de la enfermedad y finalmente la rehabilitación de las secuelas.

Este derecho fundamental garantizado por la agrupación del POS que establece, para todas las patologías, lo que incluye un conjunto de servicios y tecnologías, así como actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte, con la particularidad de las exclusiones taxativas. Así mismo se complementa según el origen de la enfermedad, ellos son los planes del SGSSS conducentes a la población general y para el caso específico de los trabajadores el SGRL (Sistema General de Riesgos Laborales), lo que conforman finalmente el Sistema de Seguridad Social Integral.

Esta nueva época para la historia de nuestro país será trascendental, solo si cada uno de los colombianos nos apropiamos de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, se hace cumplir a cabalidad y se vigila a las diferentes instituciones que integran el complejo Sistema: EAPB, IPS, Entes Territoriales y a la Supersalud exigiendo al Gobierno nacional su estricto respeto y acatamiento. Más aún cuando en la actualidad ha sido fortalecida contundentemente la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, dándole mayores herramientas de control en la capacidad sancionatoria mediante la Ley 1949 del 2019. Medidas estas que van a contribuir en la mitigación, de cada uno de los efectos negativos mencionados en la prestación de los servicios de salud, establecidos en el SGSSS.

CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Histórico

Colombia consagró en la Constitución Política de 1991 la salud como un derecho social, económico y cultura (Const. 1991, cap. II), en el caso de los niños como derecho fundamental (Const. 1991, Art. 44) y como un servicio público obligatorio (Const. 1991, Art. 48,49 y 53). A través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se amparó el derecho por su conexidad con otros derechos fundamentales, se reconoció su naturaleza fundamental cuando el tutelante es un sujeto de especial protección como el caso de los niños y se afirmó su fundamentabilidad, en lo que respecta a un ámbito básico. A partir de la Sentencia T-859 de 2003 se declara la fundamentabilidad del derecho a la salud per se (por sí mismo), y se reitera entre otras, en las Sentencias T-060 y T-148 de 2007, pero es a través de las Sentencias C-463 y T-760 de 2008 en las que se declara de manera indiscutible el carácter fundamental del derecho a la salud.

Finalmente, este derecho es consagrado como derecho fundamental en la Ley Estatutaria de Salud 1751 del 2015, previo examen de constitucionalidad de la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014. (Corte Constitucional, 2003, 2007, 2008 y 2014). (Ministerio de salud, 2017. P. 8)

El Congreso de la República, en el mes de febrero del 2015, promulgo la Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se consagra el derecho fundamental a la salud, dando lineamientos al Ministerio de Salud y Protección Social para realizar reformas significativas al sistema general de seguridad social en salud. Entre ellas se destacan la

eliminación de la diferencia entre el POS, tanto contributivo como subsidiado, y la creación de una política nacional farmacológica, generando preocupaciones por posibles perturbaciones respecto al acceso a la medicación y al sistema de salud.

La mejora de la salud humana es uno de los objetivos del desarrollo humano propuestos por las Naciones Unidas. Como derecho, posee una relación muy estrecha con la vida, y por tal razón se concibe como fundamental. A pesar de ello, históricamente en Colombia se ha recorrido un largo camino, tanto legal como jurisprudencial, para su consagración. Inicialmente se le brindó un manejo como servicio público esencial, hasta evolucionar para convertirse en un derecho fundamental autónomo.

La salud, entendida como un derecho fundamental, no puede distar de la definición que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual ha sido reproducida en múltiples tratados y convenciones de derechos humanos, por ejemplo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización Mundial de las Naciones Unidas, 1966), donde se define como el conjunto de múltiples variables que no solo pertenecen al campo médico, anatómico o físico del individuo; sino que también vincula aspectos mentales, del ambiente, de la sexualidad, de las condiciones de vivienda, entre otros elementos, que en una mirada prima fase (a primera vista) serían descartados del concepto de salud. Por ello, es necesario recurrir al artículo 25 de la Declaración Mundial de las Naciones Unidas, que desarrolla un significado mucho más amplio y extenso sobre la salud (Organización Mundial de las Naciones Unidas, 1948).

El gobierno de turno, mediante la Ley 1753 del 2015, presentó el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, donde se encuentra, a partir del artículo 65 al 72, los lineamientos en materia de salud. Al igual, y de manera ilustrativa, está la ordenanza 11 de junio del 2016, mediante la cual la Asamblea departamental de Antioquia aprueba el Plan de Desarrollo de Antioquia 2016-2019, denominado “Antioquia piensa en Grande”. Dentro de este plan de desarrollo territorial, se encuentra la salud definida como un componente perteneciente a una línea estratégica. Haciendo un análisis de ambos planes de desarrollo, se logra concluir que tanto el gobierno territorial de Antioquia como el gobierno nacional definen la salud como eje fundamental de sus planes de desarrollo. Dichos planes son introducidos formalmente, pero de su contenido no se deriva una ejecución idónea o una política pública propia para un derecho de vital importancia en la vida de las personas. No existen lineamientos claros y determinantes para el goce y acceso al sistema de servicios públicos de salud y demás componentes mínimos del bienestar de los administrados.

En Colombia no se tenía la percepción de la salud como un derecho. Antes de la Constitución de 1991 se trataba a la salud como una prestación patronal para los eventos donde existía una relación laboral, y en aquellas personas que no tenían los recursos económicos para acceder a servicios médicos privados o por medio de su trabajo, podían acceder al servicio público que brindaba el Estado con sus diferentes entes territoriales.

Con la Constitución Política del 1991 se determinó el concepto de salud como un servicio público cuya prestación podría ser realizada por entidades privadas o públicas, bajo la constante vigilancia y control del Estado. No fue consagrada dentro del capítulo

respectivo como un derecho fundamental de cada persona, y su regulación fue mediante la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como se describió en el texto del párrafo primero, solo a partir de las interpretaciones dadas por la Corte Constitucional en diferentes sentencias de tutela, y de manera más importante en la Sentencia T-760 del año 2008, se logró entender a la salud como un derecho fundamental de todos los colombianos, que puede ser protegido y reclamado mediante la acción de tutela. Han sido muchas las oportunidades en la que los colombianos han alcanzado la protección de su salud por medio de esta acción, bajo las apreciaciones de la Corte Constitucional de la salud como un derecho fundamental autónomo, en conexidad y directa afectación con un derecho de mayor jerarquía, o por tratarse de un sujeto de especial protección constitucional. Bajo estas concepciones se interpretó la naturaleza fundamental del derecho a la salud, sin presentarse una consagración formal o legal que diera por determinada dicha situación.

De acuerdo con Gómez y Builes (2018), quienes establecen la importancia de la ley estatutaria de la siguiente manera:

Con la divulgación de la Ley Estatutaria 1751 del 2015 se cumple con el objetivo final de proclamar la salud en Colombia como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable a cada persona. Para cumplir con su fin, esta Ley de rango Constitucional introdujo cambios importantes al Sistema de Salud, tales como la eliminación del POS, la creación de mecanismos idóneos para la protección y prevención del derecho, la aplicación de principios rectores al sistema de salud en

general, entre otras directrices. Otorgo un término de dos (2) años, contados desde su promulgación, para que el Gobierno Nacional regulara todo lo concerniente a la aplicación, introducción y estructuración de la ley en el Sistema, y especialmente con el tema de exclusiones y autorizaciones de bienes y servicios dentro del mismo. Dicho termino finalizó en febrero del año 2016 y el Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, profirió una sucesión de Resoluciones en las cuales se crean y se desarrollan una serie de conceptos y procedimientos para determinar que se encuentra o no autorizado dentro del nuevo conjunto de bienes y servicios, llamado el POS. (p. 139-140)

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Antecedentes de la Ley Estatutaria 1751 De 2015

Los antecedentes de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se encuentran históricamente divididos con la promulgación de la Constitución Política de 1991. Su contenido instauró reformas políticas de gran importancia a todo el ordenamiento jurídico existente en su momento, lo cual significó cambios en la mayoría de las instituciones y ámbitos sociales del país. Uno de los conceptos afectados fue la salud, concebida bajo un esquema de prestación social, derivado de un contrato laboral cuya responsabilidad recaía en cabeza del empleador. La salud era un servicio que el empleador costead a cada uno de sus trabajadores, no existía la presencia de un sistema integrado y universal, cuyas responsabilidades fueran solidarias entre cada uno de sus miembros.

Con el transcurrir del tiempo, los empleadores se percataron de lo costoso que resultaba sostener la obligación de la salud de cada uno de sus trabajadores y por ende acudieron a sistemas de seguros, muy utilizados en Europa para dichos eventos (Jaramillo, 1994). Además, de acuerdo con Orozco (2006).

Solo se tenía una obligación expresa de atención en salud para aquellas personas que gozaran de una relación laboral y contractual, las demás podían acudir a las seccionales de salud, que funcionaban como establecimientos para la beneficencia pública y se financiaban con recursos fiscales provenientes de los ingresos ordinarios de la nación, que no eran lo suficientemente para una atención digna a la población. Sumándole a ello, el tema de corrupción en su momento, con nominas paralelas o salarios sobrevalorados a los funcionarios del servicio de la red hospitalaria, hacían cada vez más ineficiente el servicio de salud prestado. (p. 9-22)

Una de las medidas de prevención establecidas en su momento fue la creación de normatividades que permitieran contrarrestar la problemática, como lo menciona Orozco (2006).

Como una medida de prevención frente a las diferentes falencias que presentaba el en atención en salud a cargo de las seccionales, el Congreso de la Republica creo la Ley 10 de 1990, facultando la prestación de servicios de baja complejidad por parte de los municipios, pero todo el tema de evaluación, control y sobre todo licenciamiento fue consignado a las mismas seccionales de salud, que no

permitieron un desarrollo normal de lo establecido en la ley, para no ver afectadas sus partidas presupuestales. (p. 9-22)

Con la reforma constitucional del 1991, el ordenamiento jurídico colombiano fue objeto de múltiples cambios bajo la premisa de Colombia un “Estado Social de Derecho”, lo que significó una evolución normativa frente a las concepciones formales y materiales del Estado. La salud también se vio afectada con la nueva carta política, al establecerse como un servicio esencial bajo la responsabilidad y supervisión del Estado. En búsqueda de una congruencia y armonía dentro del ordenamiento jurídico, se expide la Ley 100 de 1993, la cual instituyó y reguló el Sistema General de la Seguridad Social en Colombia, compuesto por tres subsistemas: el sistema de pensión, Salud y A.R.P, hoy conocida como A.R.L. (Ley 1562 del 2012).

2.2.2. Reconstrucción del Concepto de Derecho Fundamental a la Salud A Través de la Jurisprudencia de la Corte Constitucional

La salud en Colombia no fue establecida en la Constitución Política de 1991 como un derecho fundamental de todas las personas; se consagró dentro de los derechos sociales, económicos y culturales en el artículo 48 y particularmente en el 49, los cuales no gozan de la protección especial con la que el constituyente revistió a los derechos de primera generación. Con base en una interpretación literal del texto constitucional, no existe ningún fundamento normativo válido para tratar formalmente a la salud como un derecho

fundamental en el país, ni mucho menos revestirse con la protección especial de los mecanismos de protección esenciales para esta categoría de derechos.

El constituyente primario, en su momento, interpretó la salud como un servicio público administrado y controlado por el Estado, y dio la instrucción de crear una regulación legislativa que brindará una prestación idónea del servicio, dando origen a la Ley 100, que nunca consideró a la salud como un derecho exigible de cada individuo, sino como un servicio público colectivo de gran relevancia social.

Sin embargo, como ya se ha advertido en numerosa jurisprudencia de tutela, la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre protección al derecho a la salud. Es importante señalar que han sido diversas las sentencias que la Corte ha proferido en relación del derecho a la salud, su protección vía acción de tutela y su calidad de derecho fundamental.

Con base en el análisis profundo de una serie de problemas particulares y aislados, la Sentencia T-760 del 2008 logro establecer y estudiar las problemáticas que todo el sistema de salud enfrentaba en su momento, y como a través de todos estos supuestos facticos, se vulneraba el derecho fundamental a la salud de la mayoría de los colombianos.

Son cinco (5) los problemas que la Corte encuentra como elementales en la prestación del servicio de salud en Colombia, siendo los culpables de los atropellos y fallas que el sistema muestra en contra de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Las situaciones de discordia son:

1. El primer problema general del acceso al derecho a la salud en Colombia es la existencia del POS. La incertidumbre que este plan genera a los asociados, entidades prestadoras del servicio de salud y en general a todas las personas que han tenido contacto con el sistema, consiste en la incapacidad de poder determinar qué servicios y prestaciones se encuentran autorizadas por la ley para su aplicación, provocando una falla que afecta al sistema en su normal proceder. Por ello, la Corte sugiere la eliminación de este y nombra una comisión para estudiar su necesidad y brindar un seguimiento anual.
2. En segundo lugar, la Corte advierte que la mayoría de las acciones de tutela en contra de las E.P.S. se tratan de servicios o medicamentos ya autorizados por el P.O.S. En ese orden de ideas, la entidad no debe presentar ningún obstáculo por un servicio ya financiando y ayudar a la eficacia del sistema en salud y a la descongestión judicial, pues si se trata de un servicio o beneficio ya aprobado y plasmado en el P.O.S., la única alternativa que tiene la EPS es prestar el servicio.
3. El Estado desconoce el derecho a la salud al establecer la coexistencia de dos sistemas de salud: el contributivo y el subsidiado, cuando dicha distinción afecta a personas de especial protección como los niños. Ante ello, la Corte ordena la unificación de un plan para la atención especializada de los niños sin importar el régimen al cual pertenezca. La pregunta aquí es que pasa con los demás sujetos del régimen subsidiado que necesiten servicios o medicamentos excluidos en el P.O.S.S. pero aprobados en el P.O.S.

4. Viola el derecho fundamental de la salud, la necesidad de ejecutar un medicamento o procedimiento excluido en el P.O.S., y del cual dependa la vida y la dignidad humana del usuario. Además, se deba acceder por acción de tutela para la protección y ejecución de dichos tratamientos, pudiendo el Estado regular un procedimiento idóneo para la aprobación de dichos medicamentos o tratamientos.
5. En el quinto problema, la Corte desprende una serie de acciones que deberán ser adoptadas e implementadas por parte del Gobierno Nacional, en pro del crecimiento eficaz y completo del SGSSS en Colombia. Las instrucciones se centran en:
 - a) Las acciones de repetición que presentan las E.P.S. en contra del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) hoy la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), de los tratamientos y medicamentos excluidos del P.O.S., pero que, por vía de acción de tutela, los entes judiciales facultan reclamar, le generan un desfaldo fiscal al sistema en general.
 - b) Obliga la Corte a las E.P.S. a entregar una carta de derechos a sus afiliados con toda la información necesaria para el acceso en salud.
 - c) La Corte ordena la implementación de las medidas necesarias para alcanzar la universalidad de cobertura en salud para el año 2010. Actualmente se tiene. Luego, la Corte desarrollo los argumentos que en repetidas ocasiones manifestó a favor de tutelar la salud como un derecho fundamental de cada individuo, estableciendo que dicha naturaleza debe ser predicada y asumida para cada persona perteneciente al sistema, y de total respeto por parte del Estado y las

EPS. Adicionalmente, determina los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, derivados de la Observación General 14 del año 2000, y los cuales son: i). disponibilidad ii). Accesibilidad iii). Aceptabilidad y iv). Calidad.

La Corte, dentro de esta sentencia, realiza un importante análisis del concepto de derecho fundamental y desarrolla toda una hipótesis innovadora frente a la teoría del núcleo esencial de los derechos, que acopla para garantizar el derecho a la salud en su estrecha y vinculante relación con el derecho a la vida.

La Corte Constitucional, a través del magistrado Doctor Jorge Iván Palacio Palacio, reconoció a la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/ 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social CSR, como un grupo de seguimiento autorizado para el cumplimiento de lo establecido en dicha sentencia, pero lo que se torna extraño es que hasta el momento no hay un pronunciamiento específico de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en relación si sus exposiciones son acordes a lo ordenado y determinado por la Corte Constitucional en tan importante providencia. (Gómez y Builes, 2018)

El derecho a la salud y su garantía efectiva es un reto para cualquier Estado. Es un derecho complejo por la correlación con otros derechos como precondiciones de la salud y los diferentes alcances de los elementos que lo constituyen. Adicionalmente, contempla una dimensión subjetiva, en la que el titular es un sujeto de derecho exigible frente al Estado, y otra objetiva, en la que el Estado tiene la obligación de una actuación positiva para su

realización. En Colombia, la Ley Estatutaria de Salud consagró la salud como un derecho fundamental, en el 2015. Sin embargo, se afirmó previamente su fundamentabilidad a través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Por tanto, la Ley es un hito, sin haber agotado todos y cada uno de los elementos del derecho y un ejercicio de coherencia, que recoge los instrumentos internacionales y nacionales, como la jurisprudencia del máximo Tribunal Constitucional y la legislación vigente

2.2.3. Prestaciones de Salud

Uno de los logros más relevantes del sistema de salud colombiano tiene que ver con el aumento de la cobertura en tres dimensiones: la universalidad del derecho a la salud en términos poblacionales, la integralidad en las prestaciones de salud con uno de los planes de beneficios más comprehensivos de Latinoamérica y la protección financiera que se refleja en el gasto de bolsillo (como porcentaje del gasto total en salud) más bajo de la región.

La garantía de las prestaciones de salud hace parte del disfrute del más alto nivel posible de salud. Para este fin, la Ley Estatutaria de Salud estableció que el sistema de salud debe garantizar la prestación integral de los servicios en todas las fases de atención. La Ley estableció, en particular, un régimen taxativo de exclusiones o prestaciones que no deben ser cubiertas por el sistema, con la excepción explícita del acceso a tratamiento de las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas. Para la determinación de las exclusiones, la Ley exige un mecanismo técnico – científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente previo a la posterior exclusión explícita por autoridad

competente. También contempla otro mecanismo técnico – científico y participativo con las mismas características que el de las exclusiones para la ampliación progresiva de los beneficios, según lo expresado en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015. (Ministerio de Salud, 2017).

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha precisado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades. Así mismo, el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud involucra entonces actividades de prevención, promoción y protección e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico y social y los demás factores relacionados con la existencia. Bajo un enfoque similar, la Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en su estabilidad orgánica y funcional. De allí que este derecho implique una acción de conservación y otra de restablecimiento por parte del poder público como de la sociedad, la familia y del mismo individuo.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha plasmado con claridad esta idea al considerar que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que permiten a las personas llevar una vida sana. Estos factores contemplan la alimentación y la nutrición, la vivienda,

el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Así mismo, el derecho a la salud tiene una dimensión individual relacionada con la asistencia sanitaria de cada individuo (*infra* Capítulo I, 1.5) y una dimensión colectiva que contiene elementos de carácter asistencial (como el tratamiento de las enfermedades en tanto preocupación de salud pública), elementos de promoción y prevención y las demás intervenciones en relación con la salud pública (*infra* Capítulo I, 1.4). (Defensoría del Pueblo, 2003)

2.2.4. Ley Estatutaria 1751 Del 16 de febrero del 2015 (LES)

Aspectos Generales:

El 16 de febrero de 2015, el Congreso de la República de Colombia promulgo la ley estatutaria 1751 del año 2015, firmada por el presidente Juan Manuel Santos Calderón y el ministro Alejandro Gaviria Uribe, publicada el mismo día en el diario oficial bajo el número 49427, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Su propósito principal era establecer de carácter fundamental a la salud, como un derecho autónomo e irrenunciable de todas las personas, por ello debió impregnar tramite de ley estatutaria de acuerdo a la Constitución Política de 1991 en su artículo 152 literal a), donde se predice que para efectos de regular o legislar en materia de derechos fundamentales, solo se podrá hacer mediante la creación de una ley estatutaria, dado que es objeto de un control previo y automático de constitucionalidad por parte de la

Corte Constitucional. Esta norma está compuesta por IV títulos y veintiséis (26) artículos (Gómez y Builes, 2018).

La Ley Estatutaria de Salud partió de una iniciativa presentada al Gobierno por la Gran Junta Médica en marzo de 2013; el Presidente Juan Manuel Santos Calderón la radicó en la Secretaría General del Senado y le dio mensaje de urgencia a su trámite en el Congreso, el cual fue liderado por el Ministro de Salud y Protección Social, Tras su aprobación en el legislativo, el 20 de junio de 2013, el proyecto pasó a control previo de la Corte Constitucional, que en abril de 2014 convocó una audiencia pública, donde el Gobierno y la Gran Junta médica defendieron los contenidos de la iniciativa. En mayo de 2014, la Corte divulgó el comunicado a través del cual anunció la aprobación con condiciones del articulado de la Ley, y en octubre publicó la extensa sentencia; ante un error en el texto, la Corte emitió un fallo aclaratorio en diciembre pasado y remitió el nuevo articulado al Congreso de la República, para que rehiciera el texto. El pasado 10 de febrero, el ministro Alejandro Gaviria Uribe defendió el proyecto en la plenaria del Senado, como último trámite previo a su sanción presidencial. (Ministerio de Salud, 2015).

Esta Ley Incluye aspectos determinantes tales como:

Obligatoriedad del Estado: La Ley 1751 de 2015 obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los pacientes.

Sostenibilidad Fiscal: La sostenibilidad fiscal del sistema es uno de los puntos clave dentro de la Ley 1751 de 2015 pues, desde ahora esta no puede ser una causal de impedimento para prestar eficiente y oportunamente el servicio de salud. Por eso, el Ministerio de Salud y Protección Social divulgará anualmente las evaluaciones sobre resultados de goce efectivo para los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. A partir de esos resultados se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones del servicio de salud.

Integralidad: La Ley 1751 de 2015 establece que de ahora en adelante no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. “No se podrá fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.

Equidad en el Sistema: La Ley Estatutaria de Salud – 1751 de 2015 busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

Deberes y Derechos de los Pacientes: Dentro de la Ley Estatutaria se establece los deberes y derechos de los pacientes para la prestación del servicio, es la primera vez que los pacientes cuentan con este tipo de beneficios que busca garantizar el derecho fundamental a la salud.

Atención Primaria: La Ley 1751 de 2015 prioriza la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Prohibición de la negación del servicio: Con la Ley Estatutaria no se podrá negar al paciente la prestación del servicio, ni se necesitará de autorizaciones para acceder al servicio de Urgencias. Cualquier entidad que niegue el servicio al paciente será sancionada.

Prestación de los servicios de Salud – POS: La Ley Estatutaria de Salud acaba con la lista de servicios de salud que estaban en el POS y a los que anteriormente los pacientes podían acceder. Con la Ley 1751 de 2015 los pacientes pueden acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación. Con excepción de tratamientos que tengan una finalidad cosmética, que no cuente con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica; que estén en fase de experimentación y que se tengan que prestar en el exterior.

Autonomía Médica: Gracias a la Ley 1751 de 2015 los profesionales de la salud tendrán autonomía en sus decisiones al momento de tratar a un paciente. Serán sancionados en caso de constreñimiento, sobornos o cualquier abuso en su ejercicio profesional que atente contra la salud del paciente. Igualmente se garantiza unas condiciones laborales justas y dignas, como de estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos.

Política Farmacéutica: Se regulará el precio de los medicamentos por parte del Gobierno mediante una Política Farmacéutica Nacional que busca la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental de la salud.

Servicio en las zonas marginadas: El Estado deberá garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas. La Ley Estatutaria determina que no podrá ser un impedimento para la extensión de la red hospitalaria por rentabilidad económica, sino por rentabilidad social. (Augusto et al., 2019).

La estructuración o cuerpo de la norma sustantiva Ley Estatutaria la componen (4) capítulos y (26) artículos desarrollados en (13) hojas. Se exaltan los artículos 2, 6 y 10 del Capítulo I, los cuales son el motivo principal del presente trabajo investigativo. A continuación, se relatan:

Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su

prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;
- c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad

comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

- d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

- a) **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;
- b) **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;
- c) **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;

- e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;
- f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;
- g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;
- h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;
- i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;
- j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

- k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;
- l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;
- m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);
- n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección

constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de estos.
Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de esta;
- h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;
- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;
- l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

- m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;
- n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;
- o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;
- p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;
- q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) j) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

2.3. Marco Jurídico

Constitución Política de 1991

Desde su preámbulo se establecen los lineamientos y la estructura que la enmarcan como garantista y antropocéntrica, asegurando a todos los habitantes el derecho a la vida, la justicia y la igualdad.

Inicia exaltando en su artículo 1 el respeto de la dignidad humana, en el artículo 2 exige al Estado garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados

en la carta magna. El artículo 11 prioriza y exalta el derecho a la vida como fundamental. El artículo 44 enuncia los derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social. El artículo 48 define a la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

El artículo 49 instituye la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Quien debe garantizar a todas las personas del territorio nacional el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El artículo 50 nos habla de la atención en salud gratuita al menor de 1 año. El artículo 79 nos determina lo concerniente al ambiente sano. El artículo 86 la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales. Y finalmente en el artículo 93 nos habla del bloque de constitucionalidad en relación con los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que tienen que ver con los derechos fundamentales, como la dignidad humana, la vida, solidaridad, la salud, la libertad, igualdad entre otros.

El bloque de constitucionalidad

Los derechos que conforman el contenido del derecho a la salud han sido reconocidos por normas internacionales contenidas en tratados sobre derechos humanos ratificados por Colombia. Estos tratados imponen al Estado una serie de obligaciones en torno a la realización del derecho a la salud y, bajo ciertas condiciones, tienen una fuerza

normativa similar a la de las normas constitucionales. De allí la importancia del concepto de “bloque de constitucionalidad.” Definido como el conjunto de normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes por cuanto han sido normativamente integrados al texto constitucional por mandato de la propia Constitución (Defensoría del Pueblo, 2003).

Ley 100 del 23 de diciembre del 1993

Se da inicio para la Implementación del Sistema de Seguridad Social Integral, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección y el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar una cobertura integral, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Fue la primera reforma estructural, en donde se dio un cambio generacional y muy importante al SGSSS.

Ley 715 del 21 de diciembre del 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y de salud, entre otros. Corresponde a la segunda reforma hecha al SGSSS.

Ley 1122 del 09 de enero del 2007

Corresponde a la tercera reforma del SGSSS, su objeto es realizar ajustes al SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Ley 1438 del 19 de enero del 2011

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Ley estatutaria en salud 1751 del 16 de febrero del 2015

Con esta Ley de alcance constitucional se le da a la salud la categoría de derecho fundamental, autónomo e irrenunciable; cuyo objeto principal es de garantizarlo, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Lo que significa que gozará de la defensa y amparo de todas las entidades gubernamentales. Siendo su propósito básico mejorar la crisis por la que está pasando el sistema; dando de esta manera una mejor oportunidad, continuidad e integralidad a los usuarios, al momento de solicitar la atención de los

servicios de salud. Así mismo se ratifica la facultad del Estado para ejercer inspección, vigilancia y control a todos los actores del complejo y dinámico sistema de salud.

Para cumplir con su fin, esta ley en su contexto introdujo cambios importantes al Sistema de Salud, tales como la eliminación del POS, la creación de mecanismos idóneos para la protección y prevención del derecho, la aplicación de principios rectores al sistema de salud en general, entre otras directrices. Finalmente, la norma en su contexto general se encuentra desarrollada por IV capítulos y veintiséis (26) artículos, los cuales comenzaron a aplicarse desde el 17 de febrero del 2017.

Ley 1949 del 08 de enero del 2019

La presente ley tiene por finalidad el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Supersalud en materia sancionatoria. Adicionalmente se redefinen las competencias de la superintendencia, en materia de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa y en lo que respecta a la función jurisdiccional y de conciliación, modificando también en esta última, los términos procesales para decidir los asuntos de su conocimiento. Finalmente, se adoptan medidas encaminadas a mitigar los efectos negativos de los procesos de reorganización en el flujo de recursos y pago de acreencias de las entidades que intervienen en estos, definiendo nuevas competencias en materia contable. Así mismo se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones. Recordemos que la Supersalud tiene la

responsabilidad de vigilar, controlar y sancionar el accionar de los Entes Territoriales, EPS y a las IPS.

Decreto 1011 del 03 de abril del 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Decreto 4747 del 07 de diciembre del 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 780 del 06 de mayo del 2016

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud.

Decreto 412 del 06 de marzo del 1992

Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3100 del 25 de noviembre del 2019

La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Resolución 3047 del 14 de agosto del 2008

Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 5596 del 24 de diciembre del 2015

La presente resolución tiene por objeto establecer los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", para ser aplicado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Resolución 412 del 25 de febrero del 2000

Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Resolución 1995 del 08 de julio del 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Considerado este un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector

Resolución 2481 del 24 de diciembre del 2020- (pos 2021)

La presente resolución tiene por objeto actualizar integralmente los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos con cargo a la UPC, que deberán ser garantizados por la EAPB o que hagan sus veces como mecanismo de protección colectiva, y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la

normatividad vigente. Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a todos los actores y agentes que intervienen en el SGSSS.

Resolución 2292 del 23 de diciembre del 2021 (POS 2022)

La presente resolución tiene por objeto actualizar y establecer los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de UPC, que deberán ser garantizados por las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Resolución 1552 del 14 de mayo del 2013:

Norma que establece la oportunidad en la asignación de citas en los servicios de Consulta externa.

Circular externa NO. 00000035 del 16 de octubre del 2018:

Directriz que establece la continuidad e integralidad para la prestación de los servicios de salud que se deben garantizar por parte de las EPS.

2.4. Marco Contextual

Previo al análisis jurisprudencial de una de las innumerables Sentencias en relación con el tema, en que la Corte Constitucional amparó el derecho a la salud como fundamental y autónomo, es preciso indicar que la Sentencia que se estudiará no

corresponde solamente a la problemática en la ciudad de Valledupar, sino a todo el país.

Pero la investigación se desarrollará en el entorno en mención.

Es precisamente de la Sentencia T-760 del 31 de julio del 2008 a que se hace mención, en la que se declara de manera indiscutible el carácter de derecho soberano a la salud. El Magistrado Ponente fue el Doctor Manuel José Cepeda Espinosa.

Con esta Sentencia la Corte Constitucional pretende arreglar todas las aflicciones que se presentan con una ausencia de legalidad (omisión legislativa) y de política pública que haga frente a la protección del derecho a la salud de los colombianos (Const. 1991, Art.49). Derecho que había sido protegido inicialmente por conexidad desde la Sentencia T-406 de 1992 con relación al derecho a la vida y al mínimo vital, ha sido utilizado masivamente; pues se estima que de las 280.000 acciones de tutelas que se presentan al año, 90% de ellas, tienen que ver con el derecho a la salud, para ordenar a las EAPB que suministren tecnologías en salud (medicamentos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, insumos, estudios diagnósticos clínicos e imagenológico etc.) contempladas en los POS. Además, la tutela ha sido el único mecanismo con que cuentan los ciudadanos para solicitar los servicios en salud negados y excluidos del plan de beneficios, cuando se trata de enfermedades de alto costo o catastróficas, que afectan la vida, la dignidad humana y el mínimo vital.

Posteriormente a partir de la Sentencia T-859 de 2003 se declara la constitucionalidad del derecho a la salud, y se insta entre otras, en las Sentencias T-060 y

T-148 de 2007. Pero es a través de las Sentencia T-760 de 2008 que se impacta en forma determinante el Sistema de Salud colombiano y por ende en la Ciudad de Valledupar.

Se gesta a partir de la revisión de 22 acciones de tutela presentada en todo el territorio nacional, en la que se tipifican varias conductas de grave violación a los derechos fundamentales. Conductas tales como:

- 1). Negar servicios requeridos, aduciendo no estar incluidos en el plan obligatorio de salud (POS).
- 2). Negar los servicios ordenados por el médico tratante.
- 3). Exigir la cancelación previa de un pago moderador si el interesado no puede cubrirlo.
- 5). Aducir respecto a niños que la vida no esté en peligro.
- 6). Negar servicios médicos ordenados por un médico especialista no adscrito a la entidad respectiva, pero que trata al paciente.
- 7). Aducir el incumplimiento de los aportes en salud.
- 8). Interrumpir tratamientos con el pretexto de haber transcurrido un mes luego de que la persona dejo de cotizar.
- 9). Aducir la condición de desempleado.

- 10). Negar la afiliación no obstante cumplir con el tiempo de traslado.
- 11). Omitir u obstaculizar la respuesta del derecho de petición del paciente.
- 12). Interpretar restrictivamente los tratamientos del POS.

Antecedentes y fundamentos constitucionales:

En la presente Sentencia, la Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud concretamente, el acceso a servicios de salud que se requieren, cuya solución ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación. Estos casos se refieren a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado.

La Sentencia T-760 del 2008 instituye unos mandatos de obligatorio cumplimiento como precedente judicial en materia constitucional, en los cuales se obliga a en causar el SGSSS dentro de las líneas y parámetros originales establecidos por la Const.1991, la Ley 100 de 1993.

Todos los Estamentos coinciden en señalar que es una Sentencia positiva, trascendental y revolucionaria, en el entorno jurídico administrativo del Sistema, en primer término, por darle un vuelco total al SGSSS, a que obliga la Sentencia a fundamentalizar la salud como un derecho constitucional, garantizando y protegiendo la no vulneración del

derecho fundamental a la salud, traducido de este modo, en el acceso a la prestación de los servicios de salud que requieran.

La Sala se considera competente para la revisión del caso, con fundamento en los artículos 86 y 241, numeral 9° de la Constitución Política y los artículos 1° a 36 del Decreto 2591 de 1991, en cumplimiento del Auto del 25 de abril de 2007, proferido por la Sala de Selección de Tutelas número cuatro de la Corte Constitucional.

Planteamiento del problema jurídico:

El problema jurídico de carácter general, hacen referencia a cuestiones de orden Constitucional que tienen que ver con la regulación del Sistema de protección del derecho a la salud, que afectan la posibilidad de que éste sea gozado efectivamente por las personas en situaciones concretas y específicas, tal como se evidencia en los casos acumulados anteriormente descritos.

Estructura de la decisión:

Para analizar y resolver los problemas jurídicos planteados, la presente Sentencia los aborda de la siguiente forma:

I). Se señala que el derecho a la salud es un derecho fundamental, así sea considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y, además, tenga una importante dimensión prestacional.

II). Se analizan las características de este derecho fundamental y las reglas pertinentes que ha trazado la jurisprudencia para asegurar un ámbito específico de protección, a saber, el acceso a los servicios de salud.

III). Se derivan las implicaciones que tiene la fundamentalidad del derecho a la salud frente a las fallas de regulación constatadas por la Corte y se imparten las órdenes correspondientes para que las autoridades competentes adopten las medidas necesarias para superar el déficit de protección.

De acuerdo con la jurisprudencia Constitucional sobre el acceso a los servicios de salud con calidad, de manera oportuna y eficaz, garantizado por el derecho fundamental a la salud, en el orden constitucional vigente, toda persona cuenta, entre otros, con los siguientes derechos constitucionales, los cuales no pueden ser vulnerados:

- a). Acceso a servicios de acuerdo con el principio de integralidad
- b). Protección especial a niños
- c). Concepto del médico adscrito y externo
- d). Acceso sin obstáculos por pagos
- e). Acceso al diagnóstico
- f). Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo

- g). Acceso con continuidad a la salud
- h). Información, acompañamiento y seguimiento
- i). Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas.
- j). Libertad de elección de EPS

Decisión final:

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

- Revocar todos los fallos negados por los diferentes jueces, para las tutelas instauradas en todo el territorio en la prestación de los servicios de salud.
- Confirmar los fallos de los diferentes jueces, que se dieron a favor de cada uno de los pacientes para la prestación de los servicios de salud.
- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los POS por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley.
- Ordenar a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los POS. Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

- Ordenar al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud que adopten las medidas para identificar las EPS y las IPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad.
- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) unificar los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado. (Sentencia T-760 del 2008).

2.5. Marco Conceptual

Definición y características de la ley estatutaria:

Son aquellas leyes que la Constitución establece taxativamente. Tienen una categoría superior a las demás clases de leyes y se establece un trámite especial para su expedición por su importancia jurídica. Para su aprobación requiere mayoría absoluta y revisión previa por parte de la Corte Constitucional.

Pertenecen a esta categoría las siguientes:

- Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección.
- Administración de justicia.
- Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos.
Estatuto de la oposición.
- Funciones electorales.

- Instituciones y mecanismos de participación ciudadana.
- Estados de excepción. (Artículo 152 de la Constitución Política de Colombia).
(Tomado página virtual intranet Congreso de la República de Colombia -
Cámara de Representante).

Sus características son:

- a) Tienen un rango superior a la ley ordinaria.
- b) Poseen una estabilidad y permanencia a consecuencia de su particular forma de aprobación, modificación y derogación, pues exige la mayoría absoluta de los miembros del Congreso.
- c) El trámite de ellos en el Congreso no puede exceder de una legislatura (dos periodos ordinarios). Tiene un requisito de revisión previa sobre su constitucionalidad por la Corte Constitucional, antes de que se perfeccione el proyecto.
- d) El Congreso tiene competencia exclusiva para expedir este tipo de leyes, por tanto, no podrá haber una ley de facultades que transfiera esa competencia legislativa al Gobierno para que éste por decreto- ley expida códigos, o decretos orgánicos estatutarios.
- e) Cuando se viole una ley estatutaria por una ley ordinaria que le sea contraria, la Corte Constitucional debe declarar la inexecutable a la ley ordinaria, porque en este caso hay una inconstitucionalidad indirecta, y que las leyes estatutarias

también ocupan un lugar intermedio entre la Constitución y la ley común (Ortega, 2013).

Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSSS):

Es el conjunto de acciones, normas, instituciones y procedimientos, que involucran garantías constitucionales (la vida, la dignidad humana, el mínimo vital, la solidaridad y otras), enmarcadas en un derecho prestacional, público, esencial e irrenunciable.

Este sistema se encarga de regular la normatividad en la prestación del servicio de salud, creando las condiciones para el acceso y cobertura a toda la población en todos los niveles de atención (I, II y III) según el grado de complejidad (baja, mediana y alta), garantizando la cobertura de todos los servicios definidos en el POS. (Concepto personal)

Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- 1) Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
- 2) Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.
- 3) Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por

razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

- 4) **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
- 5) **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.
- 6) **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- 7) **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos

pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

- 8) Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- 9) Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
- 10) Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
- 11) Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
- 12) Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y los prestadores de servicios de salud (IPS) dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
- 13) Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

- 14) **Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- 15) **Descentralización administrativa.** En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
- 16) **Complementariedad y concurrencia.** Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 17) **Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.
- 18) **Irrenunciabilidad.** El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.
- 19) **Intersectorialidad.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

- 20) Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
- 21) Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad. (Tomado de la Ley 100/1993, libro II, título I, capítulo I, artículo 153).

Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

Según el artículo 155 de la Ley 100/1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está integrado por:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:

- a) Los Ministerios de Salud y Trabajo
- b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (actualmente reemplazado).
- c) La Superintendencia Nacional en Salud.

2. Los Organismos de Administración y Financiación:

- a) Las Entidades Promotoras de Salud.
- b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
- c) El Fondo de Solidaridad y Garantía (actualmente ADRES).

3. Las institucionales Prestadoras de servicios de Salud, públicos, mixtos o privadas.

4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.

7. Los Comités de Participación Comunitaria 'COPACOS' creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

Definición de derecho fundamental:

Los derechos fundamentales son relativos o inherentes al ser humano, pertenecen a toda persona en razón a su dignidad humana. Son referentes a los derechos humanos o a los derechos constitucionales de los individuos.

En el ordenamiento jurídico de un país, los derechos fundamentales disfrutan un estatus especial en cuanto a garantías de tutela.

- Concepto objetivo: Esencia de la estructura jurídico política de la constitución, el estado social de derecho puede violar y usurpar todo lo que quieran sin la intervención del pueblo.
- Concepto subjetivo: ámbito limitado del individuo imprescindible para el desarrollo y la libertad de las personas, es núcleo básico e irrenunciable del estatuto jurídico del individuo.
- Límites Internos: el contenido del derecho no debe de ser transgredido por otras personas o poderes, ya que se estaría atentando a la dignidad de la persona.
- Límites Externos: impuesto por el orden jurídico de manera expresa, limita las manifestaciones ideológicas, protegiendo de esta manera los derechos de otras personas.
- Inherentes: Nadie nos lo puede quitar porque son inherentes a los hombres.

Características de los derechos fundamentales:

- i). Imprescriptibles: No les afecta la prescripción.
- ii). Inalienables: No son transferibles a otro titular.
- iii). Irrenunciables: De modo que el sujeto no puede renunciar a ellos.
- iv). Universales: En el sentido que son poseídos por todos los hombres.

Los derechos fundamentales en Colombia:

La Constitución Política Colombiana, de 1991, le da a toda persona, un conjunto de garantías fundamentales y la acción correspondiente para hacerla valer, sin importar, nacionalidad, sexo, raza, condición u origen.

Los derechos fundamentales se encuentran descritos en el título II, capítulo 1, desde el artículo 11 hasta el 41 de nuestra carta magna. Y se consideran de protección inmediata según el artículo 85 constitucional, los consagrados en los artículos: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 37 y 40.

Todos estos derechos son preservados a través de unos instrumentos instituidos, como son los mecanismos de protección ciudadana, ante una eventual o real pérdida, vulneración o amenaza. Son ellos: la acción de cumplimiento, la acción popular y de grupo, el derecho de petición y finalmente la acción de tutela.

Los Derechos Fundamentales en Colombia, tienen la siguiente clasificación:

De aplicación inmediata

La vida, integridad personal, igualdad, reconocimiento de personalidad jurídica; intimidad; habeas data; al libre desarrollo de la personalidad: a la libertad personal en todas sus formas; a la libertad de conciencia; de expresión y de información; y de cultos; a la honra y buen nombre; al derecho de petición; de libre circulación; al trabajo; la libertad de escoger profesión y oficio; de enseñanza, aprendizaje investigación y cátedra; al habeas

corpus; al debido proceso; a no ser sometido a sanciones de destierro, prisión perpetua o confiscación; al asilo, en los términos

Concepto de salud según la OMS:

Según la OMS (1948) la salud es el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no exclusivamente la ausencia de enfermedad. Por tanto, no solamente cuenta nuestro buen estado físico o fisiológico, sino también nuestros aspectos psicológicos y cómo nos influye nuestro entorno (socioeconómico, familiar, laboral, emocional, medio ambiente). Por lo anterior se debe contemplar el concepto de salud, con una perspectiva más extensa, en la que incluya una variedad de facetas que se dan durante todo el ciclo del desarrollo humano.

Determinantes de la salud:

Son los factores que influyen sobre nuestro estado de salud o bien la interacción de distintos factores que se interrelacionan con el individuo. Los podemos clasificar en 4 tipos, según el modelo de Laframboise-Lalonde (1974):

- i. **Biológicos:** Se refiere a cómo la propia biología de la persona (edad, genética) afecta a su salud.
- ii. **Ambientales:** Se refiere a cómo el medio ambiente (presencia y expansión de organismos infecciosos, contaminación, clima, entorno) afectan a nuestra salud.

- iii. Estilo de vida: Se refiere a cómo ciertos hábitos de vida (alimentación, actividad física, consumo de drogas, tipo de trabajo, actividades de riesgo, etc.) influyen en nuestra salud.
- iv. Salud pública: Se refiere a cómo el sistema de salud y los medios sanitarios de los que dispone un lugar (centros de salud, hospitales, personal sanitario, ambulancias, acceso a medicamentos, investigación sanitaria, etc.) influyen en la salud de las personas. (Tomado del documento en internet diagnóstico de salud- determinantes de la salud).

Definición del Plan Obligatorio de Salud (POS):

Es el conjunto esencial de servicios para la atención de cualquier condición de salud definidos de manera precisa con criterios de tipo técnico y con participación ciudadana, a que tiene derecho todo afiliado al SGSSS, en caso de necesitarlo. El POS corresponde al reconocimiento del núcleo esencial del derecho a la salud, que pretende responder y materializar el acceso de la población afiliada a la cobertura de sus necesidades en salud, teniendo en cuenta la condición socio-económica de las personas y la capacidad financiera del Estado.

Según el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, el SGSSS crea las condiciones de acceso a un POS para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. La finalidad de este Plan es buscar la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención,

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Los servicios del Plan Obligatorio de Salud se prestarán con la oportunidad, suficiencia e integralidad que establezca el Ministerio de la Protección Social, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país. (Ley 100/1993, artículo 162).

Definición de Empresa Promotora de Salud (EPS):

Según el artículo 177 de la Ley 100/1993 se definen como: “las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía (en la actualidad ADRES). Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley”.

Funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS):

Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones según el artículo 178 de la Ley 100/1993:

1. Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía (actualmente ADRES) para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al fondo de solidaridad y compensación (actualmente ADRES) la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

7. Las demás que determine el consejo nacional de seguridad social en salud, posteriormente la comisión de regulación en salud (CRES) y actualmente el Ministerio de la Protección Social en Salud.

Campo de acción de las Entidades Promotoras De Salud (EPS):

Según el artículo 179 de la Ley 100/1993: “Para garantizar el plan de salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud”.

Definición de Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS):

Son todas las instituciones que prestan servicios médicos asistenciales, se clasifican según el nivel de complejidad como de baja, mediana y alta complejidad. Pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta. Y por el tipo de tecnología que se brinda estas pueden ser de primero, segundo y tercer nivel de atención.

Según el artículo 185 de la Ley 100/1993 son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplir con los planes y servicios ofrecidos por las EPS. Igualmente prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

2.6. Antecedentes o Estado del Arte:

Como antecedentes fundamentales investigativos a nivel internacional referentes al tema de estudio que nos ocupa en el presente trabajo:

Se hace mención del documento marco elaborado por naciones unidas: **“EL DERECHO AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD DEL**

11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) establece que:

1. “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Parte reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho".

Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

4. Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a 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 sanas y un medio ambiente sano.

5. El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. El Comité es consciente de que los formidables obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estados impiden la plena realización del artículo 12 en muchos Estados Parte.

6. Con el fin de ayudar a los Estados Parte a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, esta observación general se centra en

el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Parte (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados Partes. La observación general se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Parte a lo largo de muchos años.

I. Contenido normativo del artículo 12:

7. El párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados Partes.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la

buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

10. Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado. Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al

agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la 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.

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La

equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

13. La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genéricos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la

consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes.

Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva:

14. La disposición relativa a "la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12) se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

Apartado b) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente:

15. "El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial" (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres

humanos. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral. Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas:

16. "La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" (apartado c) del párrafo 2 del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión

de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud:

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12, tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 12 - Temas especiales de alcance general No discriminación e igualdad de trato:

18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores

determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las

inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

La perspectiva de género

20. El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

La mujer y el derecho a la salud

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que

afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las

perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

Personas mayores

25. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general N° 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos

periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

Personas con discapacidades

26. El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su observación general N° 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Así mismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

Pueblos indígenas

27. Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el

punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

Limitaciones

28. Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho de que la cláusula limitativa -el artículo 4- tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estados. Por consiguiente, un Estado Parte que, por ejemplo, restringe la circulación de personas -o encarcela a personas- con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se

niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

29. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 5, esas limitaciones deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos. Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión.

II. Obligaciones De Los Estados Parte

Obligaciones legales de carácter general

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar

medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes, al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12.

32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte.

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar*, *proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en

la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Obligaciones legales específicas

34. En particular, los Estados tienen la obligación de *respetar* el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Así mismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse, asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

35. Las obligaciones de *proteger* incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los

órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36. La obligación de *cumplir* requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales.

Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el

fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Así mismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud.

37. La obligación de *cumplir (facilitar)* requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de *cumplir (facilitar)* un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. La obligación de *cumplir (promover)* el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para

promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes:

i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo, la realización de investigaciones y el suministro de información;

ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados;

iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

Obligaciones internacionales

38. En su observación general N° 3 el Comité hizo hincapié en la obligación de todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud. Habida cuenta de lo dispuesto en el Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, en las disposiciones específicas del Pacto (párrafos 1 y 2 del artículo 12 y artículos

22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud, de Alma-Ata, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir su compromiso de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud. A este respecto, se remite a los Estados Partes a la Declaración de Alma-Ata, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

39. Para cumplir las obligaciones internacionales que han contraído en virtud del artículo 12, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable. De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda. Los Estados Partes deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales.

En relación con la concertación de otros acuerdos internacionales, los Estados Partes deben adoptar medida para cerciorarse de que esos instrumentos no afectan adversamente al derecho a la salud. Análogamente, los Estados partes tienen la obligación

de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.

40. De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación y asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población. Además, dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto.

41. Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo

médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica. A este respecto, el Comité recuerda su actitud, expuesta en su observación general N° 8, con respecto a la relación existente entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

42. Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad - particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada- tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

Obligaciones básicas

43. En la observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada juntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44. El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
- c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
- d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
- e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

45. Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar "asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica," que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en los párrafos 43 y 44 supra.

III. Violaciones

46. Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.

47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga.

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

48. Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 supra, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de *actos de comisión* figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.

49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por *actos de omisión* figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

Violaciones de las obligaciones de respetar

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas

como resultado de la discriminación de iure (significa 'de derecho', lo que quiere decir que está sujeto a la normativa jurídica vigente) o de facto (significa 'de hecho', es decir, que no tiene reconocimiento jurídico o que se ha instaurado por la fuerza de los hechos) la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

Violaciones de las obligaciones de proteger

51. Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar (proviene) del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias

nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras.

Violaciones de la obligación de cumplir

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

IV. Aplicación en el Plano Nacional

Legislación marco

53. Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un margen de discreción

al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

54. Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12 es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.

55. La estrategia y el plan de acción nacionales de salud también deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.

56. Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.

Indicadores y bases de referencia del derecho a la salud

57. Las estrategias nacionales de salud deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud. El objetivo de los indicadores debe consistir en

vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del artículo 12. Los Estados podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud –que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho- de la labor que realizan al respecto la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los indicadores del derecho a la salud requieren un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos.

58. Una vez identificados los pertinentes indicadores del derecho a la salud, se pide a los Estados Parte que establezcan las bases nacionales de referencia apropiadas respecto de cada indicador. En relación con la presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá con el Estado Parte un proceso de determinación del alcance de la aplicación. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y bases de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el próximo período de presentación del informe. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esas bases de referencia nacionales para vigilar la aplicación del artículo 12. Posteriormente, durante el proceso ulterior de presentación de informes, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han logrado o no esas bases de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir.

Recursos y rendición de cuentas

59. Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener

derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.

60. La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos. La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto.

61. Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y demás jurisperitos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud.

62. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

V. Obligaciones De Los Actores Que No Sean Estados Partes

63. El papel desempeñado por los organismos y programas de las Naciones Unidas, y en particular la función esencial asignada a la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en los planos internacional, regional y nacional tiene especial importancia, como también la tiene la función desempeñada por el UNICEF en lo que respecta al derecho a la salud de los niños. Al formular y aplicar sus estrategias nacionales del derecho a la salud, los Estados Partes deben recurrir a la cooperación y asistencia técnica de la OMS. Además, al preparar sus informes, los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud.

64. Además, es preciso mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil. Conforme al o dispuesto en los artículos 22 y 23 del Pacto, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes, aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional.

En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para hacer frente a las obligaciones dimanantes (emergen) del artículo 12, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás actores. La adopción por los organismos especializados, programas y órganos de las Naciones Unidas de un enfoque basado en los derechos humanos facilitará considerablemente el ejercicio del derecho a la salud. Al examinar los informes de los Estados Partes, el Comité también tendrá en cuenta el papel desempeñado por las asociaciones profesionales de la salud y demás organizaciones no gubernamentales en lo referente a las obligaciones contraídas por los Estados en virtud del artículo 12.

65. El papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y el UNICEF, así como también por las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe

concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población”.

Aprobado el 11 de mayo de 2000.

A nivel nacional se tiene los estudios investigativos o análisis monográfico de:

i). JULIÁN STIBEN ARÉVALO PEDRAZA, de la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y relaciones Internacionales, Carrera de Ciencias Políticas de Bogotá D.C del año 2016. Con el título: **“LEY ESTATUTARIA DE SALUD Y POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: ¿NUEVO MODELO DE SALUD ENFOCADO HACIA LA GOBERNANZA? ANÁLISIS DE CASO DEL SISTEMA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TULUÁ EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA”**. El trabajo tiene como propósito realizar un análisis de los supuestos que plantea el Modelo Integral de Atención de Salud -MIAS- incluido en la Política de Atención Integral en Salud (Resolución 429 de 2016) derivado de la consolidación de la salud como un derecho fundamental en la Ley Estatutaria de Salud promulgada en el año 2015 (Ley 1751 de 2015), a partir de la perspectiva de dos modelos de gestión pública: Nueva Gestión Pública y Gobernanza, para identificar en primer lugar si es un modelo orientado por la gobernanza en salud o si es una reforma que mantiene el modelo vigente caracterizado por la Nueva Gestión Pública el cual ha puesto en contradicción el cumplimiento de los principios rectores y orientadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- como el de la equidad en la prestación de los servicios de salud, por darle mayor cabida a la eficiencia, propia de un modelo basado en la lógica del mercado.

En segundo lugar, se plantearán una serie de perspectivas y visiones (expectativas) de los actores clave en el Sistema de Salud que permitan fijar una línea de base acerca de la viabilidad del MIAS en un horizonte de tiempo próximo, pero además identificar las potencialidades de transformación de las contradicciones presentadas por el actual modelo de salud.

En esta medida se analizarán las competencias que se le asignan a las entidades territoriales en términos de gestión del modelo, de las redes de prestadores de servicios entre otros, y los mecanismos de coordinación e interfaces entre los agentes del Sistema en un territorio (Municipio de Tuluá y Departamento del Valle del Cauca), desde las posturas de los actores entrevistados, para identificar si hacen parte de un modelo basado en la gobernanza en salud o si sigue basándose en el modelo que se venía implementando en el SGSSS.

ii). Un segundo estudio de investigación de ESTEFANÍA OLEJUA RÍOS Y NATALY GONZÁLEZ ALVAREZ, de la Universidad Autónoma Latinoamericana de la Facultad de derecho de Medellín año 2017. Con el título **“LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL: Desarrollo y vigencia a la luz de la Ley Estatutaria - 1751 de 2015”**. En el que el trabajo presenta un análisis del *Sistema Integral de Salud en Colombia*, desde el tratamiento jurisprudencial del derecho a la salud y los mecanismos de provisión de servicios cuando los ciudadanos requieren la atención frente a un padecimiento. Se trata de una interpretación en *hermenéutica jurídica*, de lo que se

instituye con la *reforma legal* al sistema, a partir de la Ley Estatutaria de la salud – Ley 1751 sancionada por el presidente de la república en el mes de febrero del año 2015.

Desde la perspectiva metodológica, el estudio se plantea en el marco de los análisis comparados de la interpretación jurídica y pretende determinar si el Estado a través de la Ley 1751 de 2015 puede garantizar a los ciudadanos el derecho a la salud, frente al sistema, en su consideración derecho fundamental, con base en dos parámetros jurisprudenciales: los conceptos de la Corte Constitucional Colombiana y en sentido conexo los conceptos de las Cortes internacionales, que por bloque de constitucionalidad, desde el artículo 53 (Constitución Política de Colombia, 1991), afectarían el establecimiento jurídico colombiano.

Se destacan tres partes esenciales en la monografía: un acercamiento conceptual que comprende el marco histórico del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico colombiano previo a la ley estatutaria, Ley 1751/15. En un segundo acápite se presenta un panorama de la crisis del *Sistema Integral de Salud en Colombia (SISC)*, para luego establecer los paralelos jurisprudenciales. En esta última parte, se abordan los conceptos de las distintas cortes en torno a la crisis del *SISC*. Posteriormente se realizará un rastreo heurístico (o revisión documental), de prensa, bibliografía, publicaciones indexadas, el cual será el componente esencial de *litis*, frente a una realidad de contexto que afecta al país.

iii). Un tercer trabajo de investigación Presentado por: PAULA ANDREA ARIAS TREJOS Y MARÍA DEL PILAR GÓMEZ MOSQUERA, de la Universidad Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias de la Salud de Santiago de Cali año 2018. Con

el título: **“CONTIENDA POR LA LEY ESTATUTARIA DE SALUD EN COLOMBIA, 2008 - 2015: ENTRE EL MERCADO Y EL DERECHO”**. “El estudio muestra las disputas desarrolladas alrededor del derecho a la salud en Colombia, iniciando en 2008 con la declaratoria de la salud como derecho fundamental autónomo por parte de la Corte Constitucional, y finaliza en 2015 con la promulgación de la Ley Estatutaria en Salud. Esta aproximación se realizó a través de análisis documental complementado con entrevistas semi estructuradas a actores claves de la contienda; se utilizaron como fuentes documentales: Archivos del Congreso de la República, prensa, textos académicos, documentos de la Corte Constitucional; las categorías de análisis fueron: los actores de la disputa, su concepción sobre el derecho a la salud y la posición actual frente al mismo. Se evidenciaron avances en la jurisprudencia del derecho, la dicotomía de un Estado garante de la salud como derecho fundamental y a su vez defensor del mercado, así como la incidencia de la sociedad civil organizada en las decisiones del Gobierno. Entre los diferentes actores se evidencia dos posturas principales; por un lado, un sector del Gobierno y las empresas gestoras de salud quienes abogan por un sistema de salud basado en principios de costo beneficio, y de otro lado, grupos de la sociedad civil, académicos, trabajadores de la salud y otro sector del gobierno que defienden la salud como derecho fundamental a cargo del Estado. Esta contienda continua en desarrollo en pleno periodo de implementación de la Ley Estatuaria en Salud 1751 de 2015”.

A nivel del plano local (Valledupar) no se encontraron trabajos investigativos en lo concerniente al funcionamiento o análisis en el cumplimiento de los lineamientos establecidos de la Ley Estatutaria en Salud 1751 del 16 de febrero del 2015.

CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación establecido para este proyecto es cualitativo y descriptivo. Se ratifica aún más la participación directa de los actores del SGSSS, como los son sus afiliados e instituciones de salud en donde reciben atenciones tanto en el ámbito de urgencias como hospitalarios.

3.2. Universo, Población y Muestra

El universo o población para el caso del trabajo investigativo son los habitantes del área urbana del municipio de Valledupar, específicamente la población afiliada al SGSSS y la muestra usuarios activos en BD de ADRES pertenecientes a Coosalud S.A EPS Sucursal Cesar. El tamaño de la muestra se obtuvo del 10% de los usuarios afiliados que fueron en busca de asistencia médica a los servicios de urgencias y hospitalización en un periodo determinado. En el caso de COOSALUD S.A EPS, el promedio diario de usuarios atendidos en el periodo en donde se aplicaron las encuestas en los centros hospitalarios es de 60 pacientes aproximadamente, al multiplicarlos por 30 días (un mes) nos dará una muestra total de 1.800 usuarios por mes, tomándose una muestra muy representativa de 200, a los cuales le fueron aplicados el mismo número de encuestas durante los meses de diciembre 2020 a enero del 2021.

3.3. Técnicas o Instrumentos para la Recolección de Información

Durante la fase de ejecución establecido en el trabajo investigativo, la indagación se logró obtener a través de la aplicación de técnicas como: recolección de datos mediante las

fuentes primarias, recibiendo toda la información por contacto directo que incluyen la observación, entrevistas, encuestas, documentos normativos, estándares de la calidad, registros clínicos o asistenciales. Y a través de las fuentes secundarias como el equipo de cómputo, fotografías, el internet. Se buscó el apoyo de un recurso humano cualificado, como son los auditores de salud o gestores hospitalarios para la aplicación del instrumento utilizado. Así mismo se recibió apoyo de personal conocedor de los sistemas de información para la consolidación de datos, organización de los gráficos, transcripción y digitación de la información donde se plasmaron los análisis de la investigación obtenidas en el trabajo de campo, el cual fue realizado al interior de las diferentes instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar en los ámbitos de urgencias y hospitalización.

3.4. Método de Análisis

Para dar inicio al desarrollo de la investigación planteada, en cuanto la obtención de la información, los investigadores hicieron uso de la aplicación de unas encuestas a los afiliados de la aseguradora, a través de unas entrevistas directas realizadas por un equipo de auditores en salud o gestores hospitalarios; posteriormente a la culminación de esta etapa, se procedió a la agrupación de los datos obtenidos para la tabulación sistematizada de la información, dando finalmente los resultados que nos llevaron a unas conclusiones generales y específicas determinantes, objeto del trabajo investigativo.

3.5. Recursos

Los medios disponibles utilizados para la realización del trabajo investigativo lo integraron:

Recurso humano: Representado por un equipo de gestión hospitalaria, conformado por un número de (4) personas que tienen la función de vigilar directamente el tipo de atención que están recibiendo los afiliados de la aseguradora; el perfil académico que tiene este recurso humano corresponde a tecnólogos del área de la salud; los cuales son actores conocedores cualificados del sistema. Quienes tuvieron la misión de la aplicación de las encuestas a cada afiliado perteneciente a la EPS, que se encontraba recibiendo los servicios de salud de urgencias y hospitalarios. Para esto se tuvo en cuenta lo referente al derecho a los pacientes a la intimidad, a la preservación del respeto y a los códigos de éticas profesionales, así como a los protocolos institucionales en la información de los datos, principalmente a los concernientes a las historias clínicas.

Institucionales: El desarrollo del trabajo investigativo de campo inicia con la aplicación de las encuestas a los afiliados que se encuentren recibiendo atención en los servicios de salud para los ámbitos de urgencia y hospitalización en las diferentes IPS de Valledupar que son red y no red de la EPS. Ellas son la Nueva Clínica Santo Tomás S.A.S, ING Clínicas Arenas, Hospital Rosario Pumarejo de López ESE, Clínica Médicos S.A, Clínica Simón Bolívar, Clínica Laura Daniela, Unidad de Salud Mental (UNIPSSAM), Clínica de Urgencias de Salud Mental San Lucas, Clínica Buenos Aires y el Instituto Cardiovascular del Cesar.

Físicos, logísticos y/o técnicos: En cuanto a instalaciones se tiene como centro de estudio y revisión del trabajo investigativo el domicilio ubicado en la manzana 156 casa No 7 Urbanización Don Alberto en Valledupar, así como de la oficina de auditoría de la EPS, se cuenta con (2) equipos de cómputo de escritorio y (2) portátiles, así como una impresora, equipos de comunicación, internet, cámaras fotográficas. Como materiales fungibles se tienen resmas de papel, tóneres, lapiceros, lápiz, borradores, sacapuntas, regla.

Económicos: El presupuesto y financiamiento se tiene proyectado y programado, siendo responsables de asumir los costos y gastos del trabajo el equipo investigador. Estos rubros serán compartidos entre las partes en porcentajes iguales, previo la elaboración de un diagnóstico situacional y presupuestal que identifique las necesidades básicas para desarrollar la investigación planteada. El grupo investigador desde el momento de la elaboración de este proyecto investigativo se ha comprometido en poner a disposición todas sus capacidades intelectuales, físicas y económicas para dar inicio al desarrollo de la investigación hasta llegar a su terminación.

Se estableció un rubro a reconocer por encuesta aplicada de \$ 4.000 dando un valor las 200 de \$ 800.000. En impresiones las 200 encuestas de tres hojas dieron un valor \$ 60.000. En insumos que incluyen lapiceros, resma de papel \$ 15.000. Realización de la tabulación de datos y graficas \$ 50.000

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Resultados y Análisis

¿Usted logró que lo atendieran según el mecanismo de selección y clasificación Triage (ACCESIBILIDAD)?

Tabla 1.

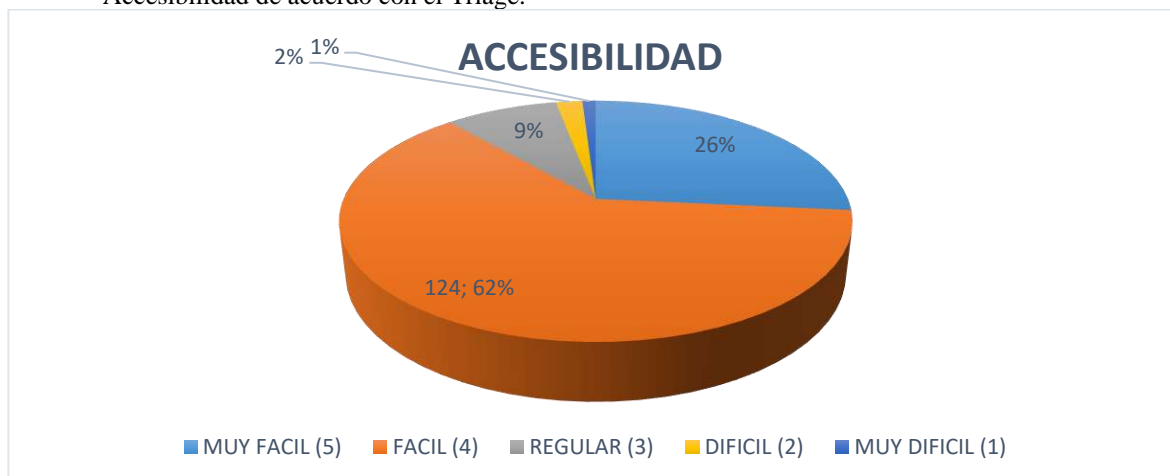
Accesibilidad.

Accesibilidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy fácil (5)	53	26%
Fácil (4)	124	62%
45 Min (3)	17	9%
Difícil (2)	4	2%
Muy difícil (1)	2	1%

Fuente: elaboración propia.

Figura 1.

Accesibilidad de acuerdo con el Triage.



Fuente: elaboración propia.

Para la primera pregunta planteada según el instrumento aplicado, la cual se relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud y que se encuentra descrito como un elemento esencial incluyente en los artículos 2, 6 y 10 de la LEY 1751 DEL 2015 o LEY ESTATUTARIA EN SALUD (LES). Se evidencia que del total de 200 encuestas realizadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **88.5%** de los usuarios logró acceder de manera fácil o acorde a los atributos de calidad establecidos como estándares; mientras que el **11.5%** restante no logró con la búsqueda de su objetivo, que era acceder sin ningún grado de dificultad o barrera. Considerándose estos resultados no acordes o distantes a lo enmarcado en la norma sustantiva o rectora, que categorizó a la salud como un derecho fundamental, reglamentando taxativamente que el acceso a los servicios de salud debe ser de manera oportuna, eficaz y con alta calidad, sin ninguna clase de distinción social. Correspondiendo su calificación a un producto no conforme, que requiere acciones correctivas.

¿Determine el tiempo de ingreso a la IPS, desde el momento que solicito el servicio, hasta cuando se dio la respectiva atención (OPORTUNIDAD)?

Tabla 2.

Oportunidad.

Oportunidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15 Min. (5)	113	56%
30 Min. (4)	63	31%
45 Min. (3)	17	9%
1 Hora (2)	6	3%

Más de una hora (1)	1	1%
------------------------	---	----

Fuente: elaboración propia.

Figura 2.

Oportunidad en la atención.



Fuente: elaboración propia.

En el caso de la segunda pregunta planteada según el instrumento aplicado, la cual se relacionada con **LA OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD** y que se encuentra descrito como un elemento esencial en la norma rectora o Ley Estatutaria en Salud, según artículos que son objeto de análisis del trabajo investigativo. Se muestra que del total de 200 encuestas realizadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **88%** de los usuarios logró ingresar a los servicios de urgencias sin dilaciones, garantizando unos servicios oportunos acorde al acervo de elementos que componen los atributos de calidad en salud; mientras que el **12%** restante no lograron el estándar óptimo o adecuado en la capacidad de satisfacción de las necesidades en salud. Siendo estos resultados distantes al objetivo

primordial de regular el derecho fundamental a la salud y que hace de la oportunidad un elemento imprescindible al momento de acudir a los servicios de urgencia – emergencia a una IPS. Lo que nos obliga a dar una calificación no adecuada y que requiere acciones contundentes que contribuyan al 100% de la capacidad de satisfacción.

¿La atención por parte del personal de la institución ha sido (ATENCIÓN HUMANIZADA)?

Tabla 3.

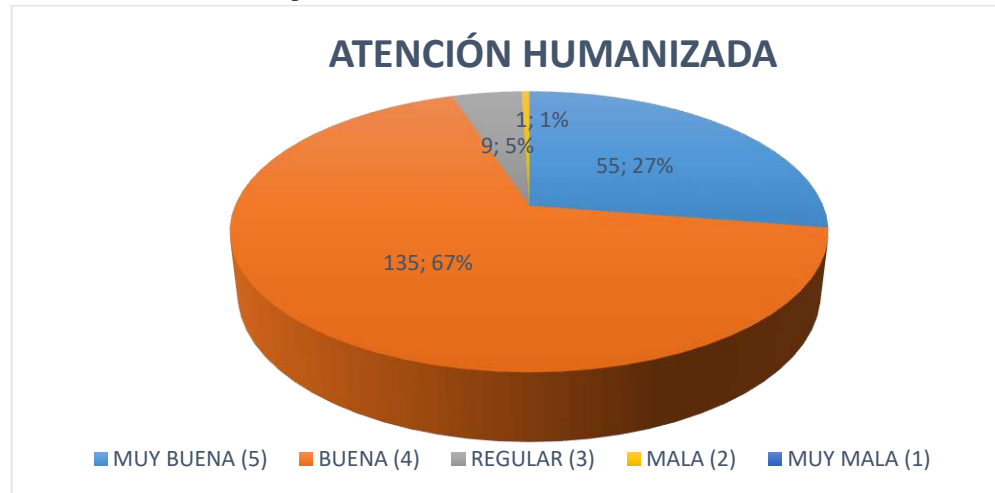
Atención humanizada.

Atención humanizada	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy buena (5)	55	27%
Buena (4)	135	67%
Regular (3)	9	5%
Mala (2)	1	1%
Muy mala (1)	0	0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 3.

Atención humanizada del personal de salud.



Fuente: elaboración propia.

En la tercera pregunta planteada según el instrumento aplicado, la cual se relacionada con **LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD** y que se encuentra descrito como un elemento fundamental de los derechos y deberes en el Capítulo I, Artículo 10, literal (F), de la LEY 1751 DEL 2015 o LEY ESTATUTARIA EN SALUD (LES). Se evidencia que del total de 200 encuestas realizadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **95%** de los usuarios logró alcanzar una atención por parte del personal de la institución humanizada, muy favorable congruente a los atributos de calidad establecidos como estándares en los SOGC; mientras que el **5%** restante no logró una atención humanizada o antropocéntrica (situar al ser humano como el centro de todas las cosas), muy a pesar, que el interés de la atención en salud se centre en salvar la vida, no es coherente si no se da en forma humanizada, lo que afecta directamente el componente mental del paciente. Por lo

anterior no puede existir un producto totalmente conforme, el de ver ser es que su resultado sea el 100%.

¿Le han explicado suficientemente los procedimientos que le han realizado y en que consiste su enfermedad (INFORMACION)?

Tabla 4.

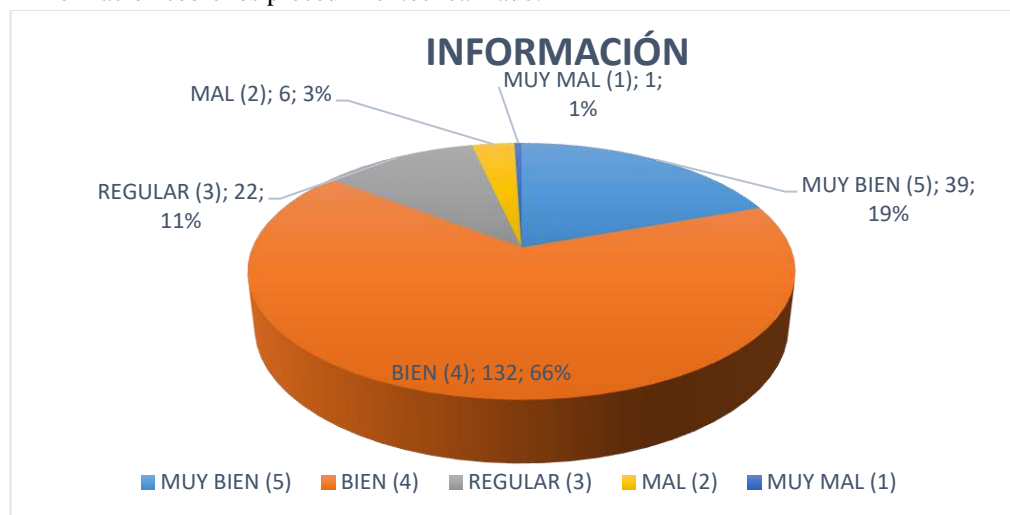
Información sobre los procedimientos realizados.

Información	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy bien (5)	39	19%
Bien (4)	132	66%
Regular (3)	22	11%
Mal (2)	6	3%
Muy mal (1)	1	1%

Fuente: elaboración propia.

Figura 4.

Información sobre los procedimientos realizado.



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la cuarta pregunta planteada según el instrumento aplicado, la cual se relacionada con **LA INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD** y que se encuentra descrito como un elemento primordial en la norma sustantiva de alto rango o Ley Estatutaria en Salud, según el Capítulo I, Artículo 10, literales (C), (D), (L) y (M) que corresponden al objeto de estudio del trabajo investigativo. Se evidencia que del total de 200 encuestas realizadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **85,5%** de los usuarios obtuvieron información clara, apropiada y suficiente por parte del equipo de salud, garantizando una satisfacción en lo pertinente a su condición y evolución en su estado de salud. En tanto que el **14,5%** de los usuarios encuestados recibieron a medias y algunos de ellos no recibieron la información en cuanto al estado evolutivo de su enfermedad, los procedimientos y tratamientos farmacológicos prescritos por el equipo de salud. Siendo el resultado porcentual no apropiado y muy influyente en la relación médico – paciente del ambiente asistencial, lo que no puede incluirse como un producto conforme debido a que no garantiza el cumplimiento de una norma de alto rango Constitucional.

¿Usted cree que las instalaciones, habitación y alimentación en general son (COMODIDAD- HOTELERIA)?

Tabla 5.

Comodidad con las instalaciones.

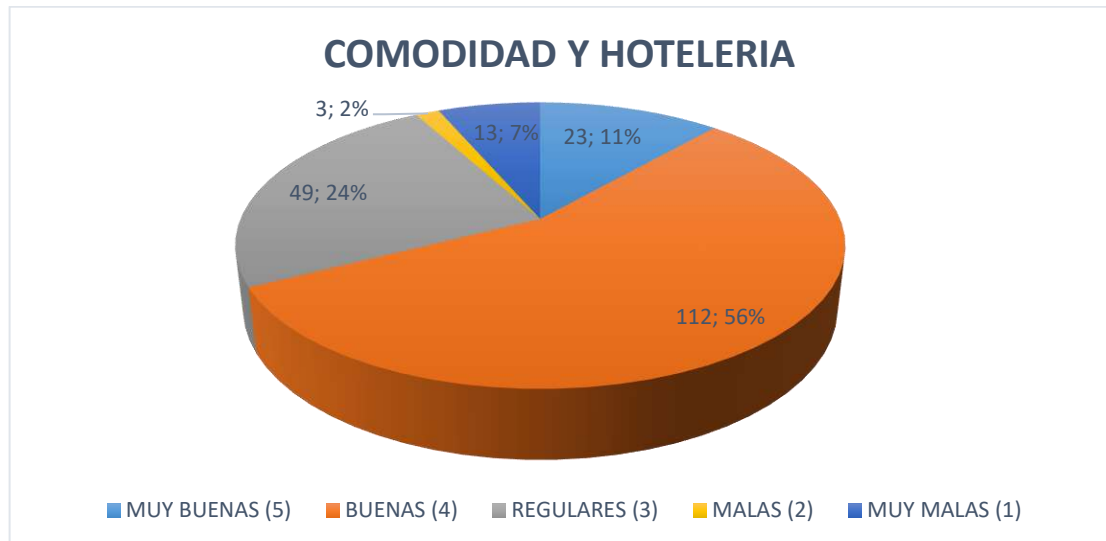
Comodidad y hotelería	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy buenas (5)	23	11%

Buenas (4)	112	56%
Regulares (3)	49	24%
Malas (2)	3	2%
Muy malas (1)	13	7%

Fuente: elaboración propia.

Figura 5.

Comodidad con las instalaciones.



Fuente: elaboración propia.

En referencia a la quinta pregunta planteada según el instrumento aplicado, la cual se relacionada con **LA COMODIDAD Y HOTELERIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD** y que se encuentra descrito como un elemento básico en la norma sustantiva o Ley Estatutaria en Salud, según el Capítulo I, Artículo 10, literal (J), artículo que es sujeto de estudio del trabajo investigativo. Se observa que del total de 200 encuestas realizadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el 67,5% de los usuarios manifestaron que las instalaciones y demás

estuvieron acorde a sus necesidades en cuanto a la comodidad, fundamental para la prestación de los servicios médicos- asistenciales, en tanto que el 32,5% consideraron que la infraestructura y comodidad de las IPS son regulares, malas y muy malas, lo que no lograron el estándar óptimo o adecuado. Siendo este resultado distantes al objetivo primordial en los procesos de habilitación llevado por el Ente Territorial. Dando una calificación no adecuada y que requiere acciones muy contundentes que contribuyan a la satisfacción plena de los usuarios.

¿En general usted cree que la atención ha sido (INTEGRALIDAD)?

Tabla 6.

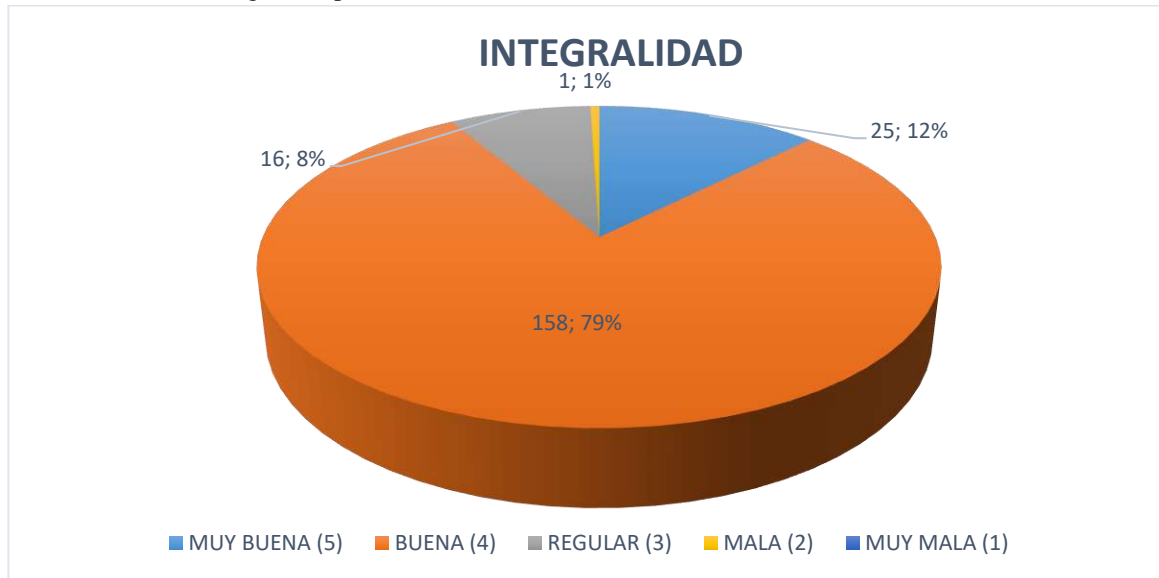
Integralidad en la atención.

Integralidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy buena (5)	25	12%
Buena (4)	158	79%
Regular (3)	16	8%
Mala (2)	1	1%
Muy mala (1)	0	0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 6.

Atención integral del paciente.



Fuente: elaboración propia.

En relación con la sexta pregunta planteada según el instrumento aplicado, la cual se relaciona con **LA INTEGRALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD** y que se describe taxativamente como un componente esencial de los atributos de calidad y se enmarca en la norma de rango Constitucional en el Capítulo I, Artículo 10, literal (A), siendo este uno de los artículos sujeto de estudio en el trabajo investigativo. Se encontró que del total de 200 encuestas realizadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el 91,5% de los usuarios manifestaron haber recibido una atención integral, muy fundamental para la prestación de los servicios hospitalarios. A diferencia del resto de los encuestados que reportan un 8,5% que no recibieron integralidad en la atención recibida, lo que no lograron el estándar óptimo

o adecuado. Siendo este resultado apartado de lo establecido en su objeto normativo. Dando un producto no conforme que requiere acciones correctivas.

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la IPS (CAPACIDAD INSTALADA)?

Tabla 7.

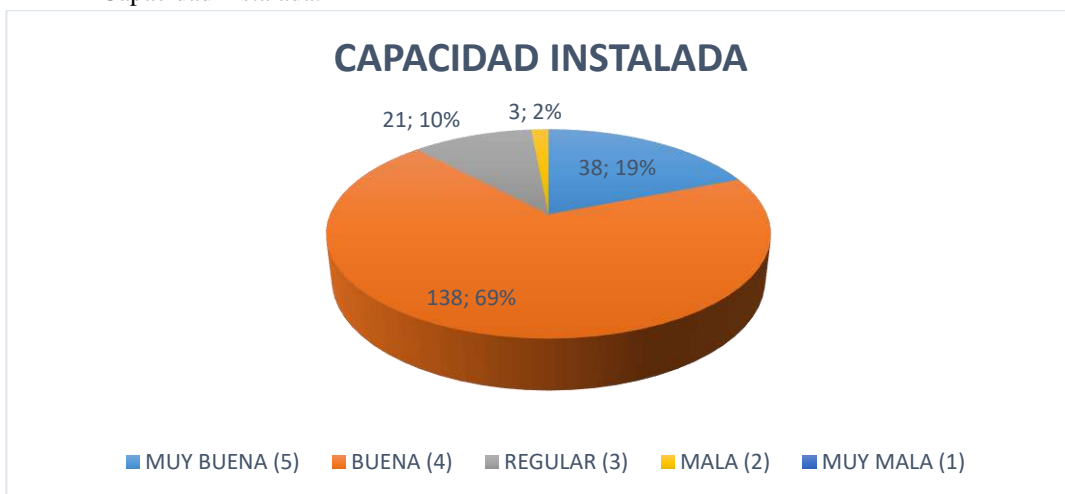
Capacidad instalada.

Capacidad instalada	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy buena (5)	38	19%
Buena (4)	138	69%
Regular (3)	21	10%
Mala (2)	3	2%
Muy mala (1)	0	0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 7.

Capacidad instalada.



Fuente: elaboración propia.

La séptima pregunta planteada según el instrumento aplicado, en marca lo referente a **LA CAPACIDAD INSTALADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD** (Conjunto de recursos disponibles utilizado para prestar los servicios de salud, involucra lo referente a infraestructura, talento humano, equipos, camas, insumos, medicamentos, materiales, tecnología etc). Se evidencia que del total de 200 encuestas aplicadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el 88% de los usuarios calificó de adecuada la capacidad instalada al momento de recibir la atención en salud, siendo un producto conforme que asegura la calidad requerida. Mientras que a diferencia del resto de los usuarios que reportan un 12% calificaron de inadecuada la capacidad instalada ofertada por la IPS, lo que requiere acciones correctivas decisivas muy apremiantes. Por lo anterior no puede considerarse un estándar con buena calificación para las normas vigentes de los procesos de habilitación, quienes se encargan de la inspección, seguimiento y control en el SOGC (Sistema obligatorio de la garantía de la calidad).

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS (SUFICIENCIA)?

Tabla 8.

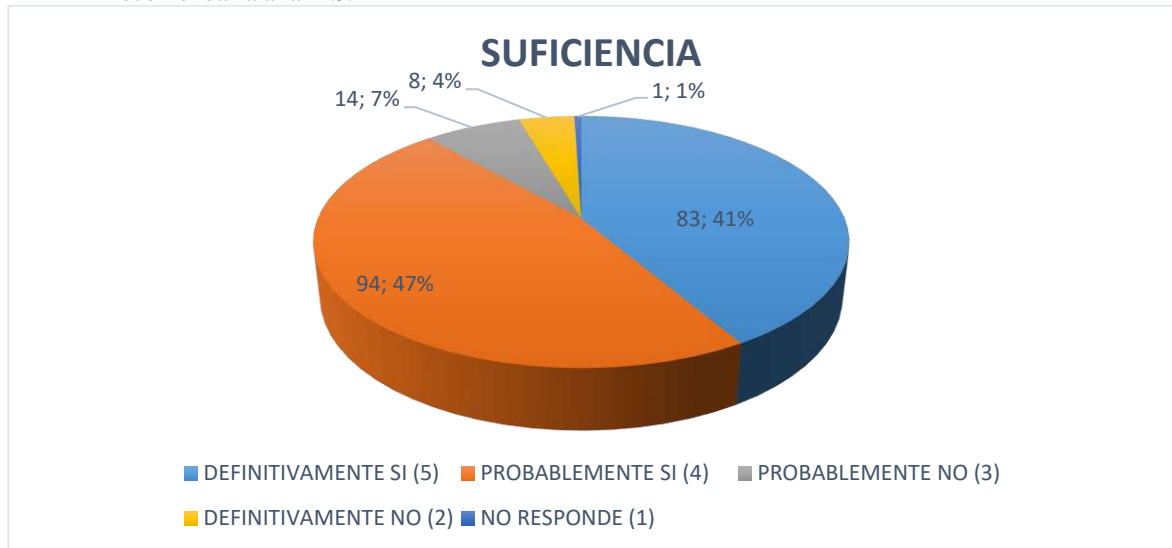
Recomendación de la IPS.

Suficiencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Definitivamente si (5)	83	41%
Probablemente si (4)	94	47%
Probablemente no (3)	14	7%
Definitivamente no (2)	8	4%
No responde (1)	1	1%

Fuente: elaboración propia.

Figura 8.

Recomendaría a la IPS.



Fuente: elaboración propia.

Para el caso de la octava pregunta planteada según el instrumento aplicado, relacionada con el atributo de la calidad de **SUFICIENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD** (Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiere en un espacio y tiempo determinado). Se encontró que del total de 200 encuestas aplicadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **88,5%** de los usuarios recomendaría a un familiar o amigo la IPS donde recibió la atención en salud, considerado el resultado satisfactorio y se determina como un producto conforme. En tanto que el **11,5%** del resto de los usuarios atendidos en la IPS difícilmente o no la recomendarían. Lo que afectaría en cierto momento la imagen corporativa de la institución prestadora de los servicios de salud, repercutiendo en el futuro

los procesos de contratación, determinantes en la competitividad y confiabilidad de las EAPB, usuario y familia.

¿Cómo califica la atención recibida por parte de la EPS al momento de realizar alguna solicitud (TRÁMITES ADMINISTRATIVOS)?

Tabla 9.

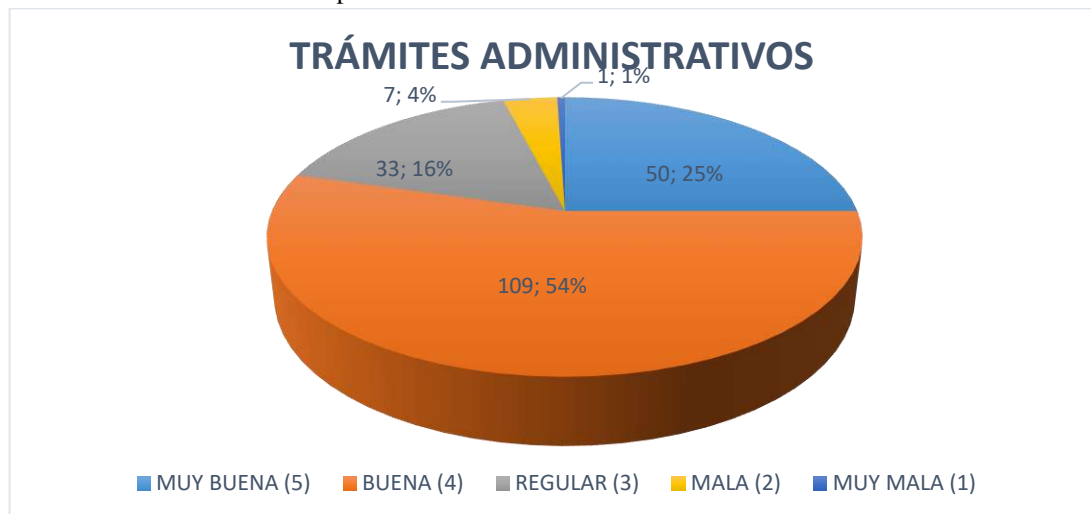
Trámites administrativos.

Trámites administrativos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy buena (5)	50	25%
Buena (4)	109	54%
Regular (3)	33	16%
Mala (2)	7	4%
Muy mala (1)	1	1%

Fuente: elaboración propia.

Figura 9.

Calificación de la EPS respecto a los trámites administrativos.



Fuente: elaboración propia.

En la novena pregunta planteada según el instrumento aplicado, que hace referencia a **LA ATENCIÓN DE LA EPS AL MOMENTO DE REALIZAR ALGUNA SOLICITUD**, se encontró que del total de las 200 encuestas aplicadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **79,5%** de los usuarios calificó de apropiada la atención recibida por parte de la EPS, llevando según la escala evaluativa de la encuesta como un resultado satisfactorio que lleva a un producto conforme. Y **20.5%** del resto de los usuarios calificaron la atención recibida por parte de la EPS como no apropiada, siendo un producto no conforme debido a la insatisfacción del usuario, relacionado con el mantenimiento en las barreras administrativas, tardanzas en los tiempos en las salas de espera, falta de oportunidad en las aprobaciones de las solicitudes; considerándose estos resultados no acordes o muy distantes a lo preceptuado taxativamente en el objeto de la norma sustantiva categorizada al rango Constitucional.

¿Actualmente como considera el funcionamiento de las políticas del sistema de salud para la atención de los usuarios (RESOLUTIVIDAD)?

Tabla 10.

Resolutividad.

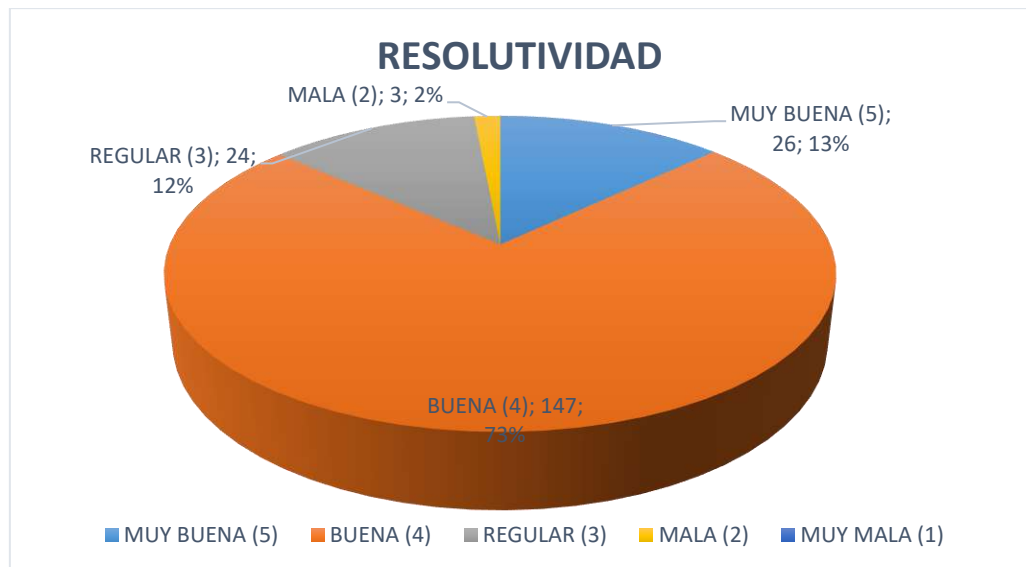
Resolutividad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy buena (5)	26	13%
Buena (4)	147	73%
Regular (3)	24	12%

Mala (2)	3	2%
Muy mala (1)	0	0%

Fuente: elaboración propia.

Figura 10.

Calificación del funcionamiento de políticas del sistema de salud.



Fuente: elaboración propia.

Finalmente para la décima pregunta planteada según el instrumento aplicado, que evalúa lo relacionado con **EL FUNCIONAMIENTO DE LAS POLITICAS DEL SISTEMA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS**, se observó que del total de las 200 encuestas aplicadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **86,5%** de los usuarios consideró apropiada el funcionamiento de las políticas del sistema de salud, evidenciándose según la escala evaluativa de la encuesta como un resultado satisfactorio que lleva a considerarse como un producto conforme. En tanto que el **13,5%** restante de los usuarios la consideraron

no apropiadas, siendo este un producto no conforme, resultado que no va acorde a los lineamientos del objeto fundamental preceptuado de la Ley en análisis del trabajo investigativo.

II. Análisis general del estudio - resultados agrupados

Tabla 11.

Resultados generales de satisfacción.

Resultados generales	PUNTOS	PORCENTAJE
Satisfacción (40 a 50 puntos)	140	70%
Insatisfacción (39 a 30 puntos)	54	27%
Servicio no conforme (29 puntos o menos)	6	3%

Fuente: elaboración propia.

Figura 11.

Calificación general del nivel de satisfacción.



Fuente: elaboración propia.

En conclusión para el análisis general que arroja el instrumento evaluador, en la que se agrupan los resultados en forma colectiva y lógicamente discriminados en una calificación única, fragmentada en dos grandes grupos: SATISFACCIÓN (PRODUCTO CONFORME) E INSATISFACCIÓN (PRODUCTO NO CONFORME), se evidenció que del total de 200 encuestas aplicadas en (10) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) red y no red, de mediana y alta complejidad de la Ciudad de Valledupar, el **70%** de los usuarios logró evaluar entre 40 a 50 puntos las (10) preguntas planteadas en el trabajo investigativo, considerado según los estándares o normas en el sector en salud como un producto conforme que asegura la calidad y donde existió satisfacción plena. En tanto que el **30%** restante de los usuarios lo hizo con una evaluación menor a 39 puntos, reflejándose la insatisfacción o producto no conforme, siendo este resultado no acorde a lo dispuesto en la norma sustantiva de rango constitucional y que pone en duda el cumplimiento en la categorización de la salud, como un derecho fundamental, reglamentando taxativamente en su objeto misional que manifiesta “el acceso a los servicios y tecnologías en salud deben ser de manera oportuna, eficaz y con alta calidad”. Lo que se requiere una exigencia mayor en el cumplimiento total del precepto normativo de análisis, por parte de los actores vinculantes del SGSSS.

5.2. Conclusiones

Después de analizar los resultados finales del trabajo investigado podemos destacar los aspectos más relevantes en el estudio, llevándonos a concluir:

A pesar que la fase de ejecución en la investigación (aplicación del instrumento) se realizó durante la pandemia del SARS COV2 – COVID 19, ocasionando muchas limitantes para el acceso y movilidad del personal al interior de las IPS HOSPITALARIAS, se pudo obtener información determinante y directamente de la fuente (afiliados de Coosalud EPS), muestras consideradas objetivas y suficientes, que dieron las pautas o bases para el sustento de la investigación planteada correspondiente al análisis de los artículos 2, 6 Y 10 de la Ley 1751 del 16 de febrero el 2015 o Ley Estatutaria en Salud.

El SGSSS es uno de los más complejos en el ámbito normativo, esto debido a la diversidad de preceptos (derecho positivo) que conforman el ordenamiento jurídico en el sector salud, siendo estos en su gran mayoría actualizados y derogados en cada vigencia, no perdurando su accionar en el tiempo; ejemplo de ellas la actualización PBS (plan básico de salud) y de las codificaciones para las actividades y procedimientos en salud; afectando en gran medida el principio de publicidad normativa o conocimiento de las mismas a los usuarios del sistema (falta de seguridad normativa).

Que los actores involucrados (EAPB, IPS Y ENTES TERRITORIALES) en el complejo sistema de salud, no cumplen a cabalidad con el objeto misional y mucho menos con la integralidad y aplicación normativa; esto según lo evidenciado en los resultados obtenidos del instrumento aplicado.

El SOGC aplicados al sector salud es considerado muy estricto, calificándose el estándar básicamente con dos opciones: cumple o no cumple.

Los resultados de la investigación a pesar, que evidenciaron conformidad o aseguramiento de la calidad para un 70% de los afiliados al SGSSS, el cumplimiento no fue total; por lo anterior se reporta como producto no conforme, que requiere acciones bien sea preventivas o correctivas. Considerándose como no adecuado o insatisfacción. Con un solo encuestado con valoración negativa, se reporta como incumplimiento.

Como análisis general de los resultados obtenidos en el instrumento aplicado, se pudo evidenciar: a pesar de que hubo una mayor satisfacción en las respuestas dadas por los usuarios con un **70%** (producto conforme), se encontró que muchas de ellas en algunas preguntas informaban una insatisfacción o producto no conforme correspondiente al **30%**. Por lo anterior para el SGSSS y el SOGC que involucra la prestación de un derecho fundamental, objeto de la investigación no se puede hablar de un aseguramiento de la calidad en cuanto a la prestación de los servicios de salud hospitalarios.

En cuanto a la ACCESIBILIDAD descrita en el artículo 2 de la Ley Estatutaria en Salud, el instrumento aplicado nos evidencia que el **88%** de los encuestados logró acceder sin ninguna clase de inconvenientes, de manera fácil y oportuna a los servicios de salud hospitalarios; mientras que para el **12%** la accesibilidad fue difícil y muy dispendiosa, incumplándose uno de los estándares evaluados. Lo que no puede existir un aseguramiento de la calidad esperada.

Para el caso de la OPORTUNIDAD enunciada en el artículo 6, literal (e) de la Ley Estatutaria en salud, el instrumento aplicado nos muestra que el **87%** de los encuestados informaron haber recibido la atención en forma inmediata, desde el ingreso hasta su

valoración asistencial. En tanto que el **13%** manifestaron lo contrario, estar muy inconformes con el tiempo de espera para poder recibir la atención inicial.

En el ítem de ATENCIÓN HUMANIZADA evidenciada en el artículo 10, literal (f), (j) y (o) de la Ley Estatutaria en salud, los resultados del instrumento aplicado fueron: el **94%** respondieron haber recibido unos servicios dignos en los cuales la empatía y capacidad instalada fueron acorde a las necesidades requeridas. Mientras que para el **6%** de los encuestados restantes no se garantizó adecuadamente por parte del personal de salud la atención humanizada requerida, objeto y política fundamental para esta clase de instituciones.

En relación con la INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN mencionada en el artículo 10, literal (a) de la Ley Estatutaria en salud, el **91%** de los encuestados manifiestan que hubo integralidad en la prestación de las tecnologías en salud requeridas. En tanto que para el **9%** no se evidenció la integralidad en la atención requerida. Enfatizándose la falta o ausencia del aseguramiento en la calidad, oportunidad y suficiencia.

Para el ítem de la RESOLUTIVIDAD especificada tácitamente en el artículo 2, párrafo 2 de la Ley Estatutaria en salud, que involucra el funcionamiento de las políticas y acciones del sector salud, los resultados evidenciaron que el **86%** de los afiliados de la EPS, manifestaron estar de acuerdo con todas y cada una de las medidas implementadas por el Estado para el funcionamiento del SGSSS. Contrario a esto el **14%** de la población objeto encuestada está en desacuerdo con el funcionamiento de las políticas y acciones del

Estado que las consideran muy insuficientes para dar un equilibrio al complejo sistema y que no resuelve las necesidades sentidas de los colombianos en el sector salud.

Finalmente se puede decir que desde la expedición de la Ley 1751 del 16 de febrero del 2015 o Ley Estatutaria en salud (LES), con más de un lustro de años de vigencia, los cambios evidenciados en el SGSSS han sido pocos; esto debido a la falta de un mayor control y seguimientos por parte de los Entes de Control que al día de hoy han sido insuficientes; que las garantías constitucionales por ser la salud un derecho fundamental, no han sido efectivas continuando con las barreras para la prestación de los servicios al punto de ser vulnerado a cada momento, ante la indiferencia de los administradores de justicia, que muestran poco interés para amparar los derechos a cada paciente, según sus necesidades más sentidas. Por todo lo anterior, se evidencia en los resultados obtenidos según tabulación de datos de las encuestas aplicadas, que el impacto y adherencia de los artículos 2, 6 y 10 de la Ley 1751/2015 a pesar de tener más de un lustro de años no se ha cumplido el mandato expreso de la salud como derecho fundamental, que a pesar de encontrar satisfacción en gran parte de las preguntas descritas en el instrumento aplicado, no se puede considerar como un producto conforme (aseguramiento de la calidad), debido a que con un solo estándar de los atributos de la calidad incumplido se calificara la investigación como producto no conforme (insatisfacción) que lleva a realizar planes de mejora preventivos o correctivos. Mas cuando estos estándares en el sector salud son muy determinantes (se cumplen o no), no existe la opción de cumple parcialmente. Por tanto, si vemos el objetivo general se mantienen las limitaciones en cuanto a los artículos estudiados

de la norma precitada. Para el caso de los objetivos específicos se está desconociendo el mandato de la Ley Estatutaria, frente a las políticas del SGSSS. La eficacia y alcance no ha sido asertiva, se requiere de un mayor compromiso de los entes nacionales, departamentales y municipales, así como de los demás actores del sistema de salud, como lo son los prestadores del servicio de salud y usuarios que siempre propenden por exigir los derechos, pero que desconocen los deberes. Finalmente, frente a lo dicho se observa un SGSSS que sigue promoviendo una política de costo- beneficio y una racionalidad técnico- científica, contraria a lo que se expresa tácitamente en los artículos 2,6 y 10 de la Ley 1751 del 16 de febrero del 2015.

5.3. Recomendaciones

Se requiere de un mayor compromiso por parte del Minsalud, Supersalud y Entes Territoriales, quienes tienen la responsabilidad de hacer cumplir lo estrictamente descrito en la legislación del complejo sistema, en cuanto al seguimiento, vigilancia, control y aplicación de medidas sancionatorias.

Que el Minsalud y los Entes Territoriales tengan un mayor control del accionar del sistema y se ubiquen en el rol de verdaderos organismos asesores y de acompañamiento, involucrando a instituciones como la personería y defensoría del pueblo, para evitar que se vulnere el derecho a la salud.

Que exista mayor responsabilidad de las EPS - IPS en el cumplimiento y aplicabilidad de lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud. Y que realmente se reconozcan a la Salud como un verdadero derecho fundamental.

Involucrar a los administradores de justicia y defensores de derechos humanos para buscar un mayor fortalecimiento en el conocimiento y estricto cumplimiento de la Salud, como derecho fundamental.

Que exista un mayor acercamiento de los entes nacionales, departamentales y municipales con las EPS, IPS y asociaciones de usuarios para fortalecer las directrices ministeriales y funcionamiento del complejo sistema.

Que por parte de los Entes municipales y departamentales se inicien jornadas de capacitación del plan de básico de salud (PBS), socialización para el buen uso de los recursos de la Salud, derechos y deberes; en lo que se incluya la utilización racional y justificada o por pertinencia médica de las tecnologías cubiertas en el plan de salud, siendo responsables con el aseguramiento personal; evitando suplantaciones, mal uso de los servicios e incumplimientos de las normas que conforman el sistema de salud.

5.4. Bibliografía

Augusto, C., Anacona, E., Vanegas, K., Alejandra, C., Prada, C. (2019). Diplomado en profundización en salud pública. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.

Arévalo, J. (2016). Ley estatutaria de salud y política de atención integral en salud: ¿nuevo modelo de salud enfocado hacia la gobernanza? Análisis de caso del sistema de salud del municipio de Tuluá en el departamento del Valle Del Cauca. (Tesis de pregrado). Pontifica Universidad Javeriana.

Arias, A., Gómez, P., Borrero, Y. (2022). Contienda por la ley estatutaria de salud en

Colombia, 2008 - 2015: entre el mercado y el derecho. *Gerencia Y Políticas De Salud*.

Corte Constitucional de Colombia. Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-760 del 2008

(M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; 31 de julio del 2008).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-406 de 1992. (M.P. Ciro Angarita Barón; 5

de junio de 1992)

Circular No 00000035 del 2018. (Ministerio de Salud y Protección Social). Continuidad e

integralidad en la prestación de los servicios de salud. 16 de octubre del 2018.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-859 de 2003. (M.P. Eduardo Montealegre

Lynett; 25 de septiembre del 2003).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-060 del 2007. (M.P. Humberto Antonio

Sierra Porto; 1 De febrero del 2007).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-148 de 2007. (M.P. Humberto Antonio

Sierra Porto; 1 de marzo del 2007).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-463 de 2008. (M.P. Jaime Araújo Rentería;

14 de mayo del 2008).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-313 de 2014. (M.P. Gabriel Eduardo

Mendoza Martelo; 29 de mayo de 2014).

Defensoría del Pueblo (2003). El derecho a la salud, en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá D.C. 27803.pdf (corteidh.or.cr)

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud del 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CDESCR OBSERVACION GENERAL 14

Giraldo Aristizábal, Carlos Andrés. (2011). Tesis La acción constitucional de tutela como mecanismo efectivo para la materialización del derecho a la salud. Universidad de Manizales, Facultad Ciencias Jurídicas, pág. 41.

Gómez, A y Builes, A. (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. Revista De La Facultad De Derecho Y Ciencias Políticas, 48(128), 135–167.

Jaramillo, I. (1994). El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización. Bogotá D.C.: FESCOL, FRB, FES, Fundación Corona.

Ley 1751 del 2015. Ley estatutaria. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero del 2015.

La Constitución Política de 1991 (Const). Julio 7 de 1991. (Colombia).

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.

Ley 1949 del 2019. (Ministerio de Salud y Protección Social). Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones. 08 de enero del 2019

Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Ley 1562 del año 2012. Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. 11 de julio del 2012.

Ministerio de Salud (2017). Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia. Informe-implementacion-ley-estatutaria.pdf (minsalud.gov.co)

Ministerio de Salud (2015). Boletín electrónico para los actores del Sistema de salud en Colombia # 65 marzo 16 del 2015. Enlace-MinSalud-65-Ley-Estatutaria.pdf

Organización Mundial de las Naciones Unidas (1966). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4 (acnur.org)

Olejua, E y Gónzales, N. (2017). La salud como derecho fundamental: desarrollo y vigencia a la luz de la ley estatutaria - 1751 de 2015. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma Latinoamericana.

Orozco, J. (2006). Por qué reformar la reforma. Editado por Eumed.net. Microsoft Word - jmoa.doc (eumed.net).

Ortega, C. (2013). Derecho constitucional colombiano. Editorial Ibáñez. Tercera edición.

Organización Mundial de la Salud (1948). ¿Cómo define la OMS la Salud? Preguntas más frecuentes (who.int)

Organización Mundial de las Naciones Unidas (1948). Declaración universal de derechos humanos. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 (equidadmujer.gov.co)

Resolución 3100 del 2019. (Ministerio de Salud y Protección Social). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 25 de noviembre del 2019

Resolución 1552 2013. (Ministerio de Salud y Protección Social). Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. 14 de mayo del 2013.

Anexos

ENCUESTA DE SATISFACCION USUARIOS DE COOSALUD EPS

AREAS URGENCIAS Y HOSPITALARIA- REGIMEN SUBSIDIADO

NOMBRE: _____

DOC: _____

IPS: _____

SERVICIO: _____

CAMA: _____

ACOMPANANTE: _____

DOC: _____

FECHA: _____

OBJETIVO: Determinar las condiciones de la prestación de los servicios médico-asistenciales a los usuarios de Coosalud EPS Valledupar.

1. Usted logro que lo atendieran según el mecanismo de selección y clasificación Triage (ACCESIBILIDAD)?

MUY FACIL		
FACIL		

REGULAR		
DIFICIL		
MUY DIFICIL		

2. ¿Determine el tiempo de ingreso a la IPS, desde el momento que solicito el servicio, hasta cuando se dio la respectiva atención (OPORTUNIDAD)?

15 MINUTOS		
30 MINUTOS		
45 MINUTOS		
1 HORA		
MAS DE 1 HORA		

3. La atención por parte del personal de la institución ha sido (ATENCIÓN HUMANIZADA)?

MUY BUENA		
BUENA		
REGULAR		
MALA		
MUY MALA		

4. Le han explicado suficientemente los procedimientos que le han realizado y en que consiste su enfermedad (INFORMACION)?

MUY BIEN		
BIEN		
REGULAR		
MAL		
MUY MAL		

5. Usted cree que las instalaciones, habitación y alimentación en general son (COMODIDAD- HOTELERIA)?

MUY BUENAS		
BUENAS		
REGULARES		
MALAS		
MUY MALAS		

6. En general usted cree que la atención ha sido (INTEGRALIDAD)?

MUY BUENA		
BUENA		

REGULAR		
MALA		
MUY MALA		

7. Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la IPS (CAPACIDAD INSTALADA)?

MUY BUENA		
BUENA		
REGULAR		
MALA		
MUY MALA		

8. Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS (SUFICIENCIA)?

DEFINITIVAMENTE SI		
PROBABLEMENTE SI		
PROBABLEMENTE NO		
DEFINITIVAMENTE NO		

NO RESPONDE		
-------------	--	--

9. Como califica la atención recibida por parte de la EPS al momento de realizar alguna solicitud (TRÁMITES ADMINISTRATIVOS)?

MUY BUENA		
BUENA		
REGULAR		
MALA		
MUY MALA		

10. Actualmente como considera el funcionamiento de las políticas del sistema de salud para la atención de los usuarios (RESOLUTIVIDAD)?

MUY BUENA		
BUENA		
REGULAR		
MALA		
MUY MALA		

CALIFICACIÓN GENERAL:

DE 40 A 50 SATISFACCIÓN: PRODUCTO CONFORME (ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD)

DE 39 A 30 INSATISFACCIÓN: PRODUCTO NO CONFORME (ACCIONES PREVENTIVAS)

DE 29 O MENOS SERVICIO NO CONFORME: PRODUCTO NO CONFORME (ACCIONES CORRECTIVAS).

Evidencia fotográfica

