

**LA SALUD EN COLOMBIA PARTICIPACIÓN DE LOS PARTICULARES Y EL
PRINCIPIO DE EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**



MARITZA GIRALDO RAMÍREZ

Ensayo de trabajo de grado para optar el título de abogada

Asesor

Sebastián Betancourt Restrepo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

FACULTAD DE DERECHO

MEDELLÍN

2015

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	4-5
-------------------	-----

CAPITULO I

1. La prestación de servicios de salud en un Estado Social de Derecho.....	6-8
2. Concepto de salud en el Estado Social de Derecho.....	8
2.1. Salud como concepto	8-14
2.2. La Salud entendida como Derecho Prestacional.....	14-16
2.3. Qué tipo de derecho es la salud?.....	16
3. Principios del derecho fundamental a la salud.....	16-21

CAPITULO II

PARTICIPACIÓN DE LOS PARTICULARES Y LA EFICIENCIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

1. Vicisitudes del sistema de salud en Colombia.....	21-23
2. Tratamiento jurisprudencial sobre la fundamentalidad del derecho a la salud y la participación de los particulares.....	23-28
3. Aportes de la Ley 1751 de 2015.....	28-30
4. Conclusión.....	30-31
5. Bibliografía.....	32
6. Cibergrafía.....	32
7. Referencias.....	33-35

Palabras Claves.

Salud, contingencias, riesgos, negocio, integralidad, compromiso, Estado social de derecho, solidaridad, eficiencia.

Abstract

The health as a fundamental right is violated by private entities in which the individual, Colombian citizens are affected by this privatization because there is a human perception of the right to health, emerging threats and there for eviolations of this right

INTRODUCCION.

En este escrito se pretende realizar una exposición sobre el tema de la salud en Colombia, y la participación de los particulares en la prestación de este servicio, de cara al principio de eficiencia, pues se trata de un asunto de suma actualidad. Cotidianamente, en los distintos espacios -laboral, familiar, social, judicial, etc.-, así como en los medios de comunicación se está haciendo referencia a la recurrente violación del derecho fundamental constitucional a la salud, sobre todo de las personas más vulnerables -ancianos, niños, mujeres en estado de embarazo, clase media-baja y baja, etc.-, al tiempo que se destaca que esa vulneración a tan importante derecho, en muchas ocasiones, es el resultado de la necesidad que tienen los particulares que prestan el servicio de salud en este país, de proteger sus intereses económicos.

Así mismo, se aludirá a un punto bastante importante cuya desatención en gran medida es el que ha permitido la constante vulneración a este derecho fundamental, se trata de los controles que legalmente se encuentran previstos y radicados en cabeza del Estado, para garantizar la óptima prestación del servicio por parte de particulares y entidades públicas.

Después de abordar la situación problema, se procederá a dar desarrollo argumentativo en dos capítulos, a saber: 1) La prestación de servicios de salud en el Estado social de derecho, y 2) La participación de los particulares en la prestación del servicio de salud.

La situación problemática se traduce en la prestación de un servicio que presenta fallas, perjudicando de forma ostensible al usuario, y evidencia un sistema de salud que está lejos de ser protector, más bien se ha concebido como un negocio donde algunos particulares desean maximizar sus utilidades, como lo indica el doctor Contreras (2007) “un paciente que tiene “derecho” a poco más de ocho minutos de consulta por parte del médico, luego de semanas de esperar turno arranca cualquier proceso con una alta exposición a que el resultado no le sea favorable”. El negocio al que se alude le corresponde a las EPS, grandes empresas privadas que administran los recursos públicos de la salud en busca de la máxima ganancia.

Es válido traer a colación la siguiente pregunta problema que será la guía de la investigación ¿Cuál es la participación de los particulares en la prestación de los servicios

de salud en Colombia? y ¿Cuál es el panorama del principio de eficacia dentro de este? Con el propósito de dar respuesta a la cuestión, se realiza una recolección de fuentes bibliográficas en jurisprudencia, doctrina, normatividad, se considera que es influyente este tema al ser la salud un derecho constitucional fundamental, susceptible de amparo judicial por vía de acción de tutela, siendo uno de los complementos más importantes que debe tener todo ser humano para la materialización de una vida digna y de calidad dentro de la sociedad.

CAPÍTULO I

1. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UN ESTADO SOCIAL DE DERECHO.

El Constituyente de 1991, le otorgó al Estado colombiano el carácter de Social de Derecho, fundado sobre valores como la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad y la seguridad que le permiten generar políticas sociales que se corresponden con la necesidad de integración de todos los sectores del territorio nacional y garantizan la satisfacción de las necesidades básicas y esenciales de la población, especialmente, de aquellas personas menos favorecidas. Como consecuencia directa de este cambio se brinda un especial reconocimiento a la población para garantizarle un orden político, económico y social justo. Sin embargo en el país se vienen presentando serias inconformidades frente a temas como el compromiso con el derecho a la salud; el principio de eficiencia, las políticas públicas en materia de salud; la cobertura, etc., manifestadas en las constantes quejas de la comunidad y, sobre todo, en la interposición diaria de gran cantidad de acciones de tutelas. El servicio de salud como se viene prestando ha provocado la muerte de muchos de los usuarios, principalmente, por ineficiencia en la prestación del servicio, falta de calidad, de atención oportuna y suministro de medicamentos. Ello permite concluir que el Estado ha sido inferior al mandato constitucional, pues la protección de este derecho ha sido mínima respecto de las personas más vulnerables.

La Constitución Política, en su Artículo 49 -modificado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009-, no solo determinó el carácter de servicio público que tiene la salud, sino que la prestación del mismo lo radicó en cabeza del Estado. Veamos:

ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental **son servicios públicos a cargo del Estado.** Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Así mismo, el Artículo 365 ídem, hizo hincapié en la titularidad que tiene el Estado de todos los servicios públicos, los que, además, dijo son inherentes a la finalidad social del Estado, razón por lo cual “Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.”, directamente, o a través de comunidades organizadas o particulares, caso en el cual el Estado no podrá desprenderse de las actividades de regulación, control y vigilancia de dicho servicio.

Es de importancia hacer mención a dos principios fundantes del Estado social de derecho que están en íntima relación con el derecho a la salud, son estos: la dignidad humana y la solidaridad. Al respecto la Corte Constitucional se ha pronunciado en múltiples ocasiones. Por ejemplo:

En la Sentencia T-940 de 2012, en la cual la Corte Constitucional, sobre el principio de dignidad humana en relación con el derecho a la salud, expresó:

La importancia y la realización de la dignidad humana en el Estado colombiano deben ser superlativas, en tanto constituye una de las bases y de los presupuestos ontológicos para su existencia, siendo piedra angular para el desarrollo del contenido

de otros derechos fundamentales y deberes estatales y particulares dispuestos en la carta.

En este orden de ideas, la Corte ha ligado el concepto de dignidad a otros, permitiendo con ello cualificar su contenido de manera tal que la realización de aquel se propicie en la mayoría de escenarios posibles dentro de la realidad. Tal es el caso del derecho a la salud, el cual debe ser entendido, ya no solo como un derecho o servicio con el que se pretende la preservación de la existencia, sino como un derecho fundamental que coadyuva a la realización de la dignidad humana y de la existencia en condiciones dignas.

Sobre la reciprocidad entre el principio de solidaridad y el derecho a la salud, en la Sentencia C-529 de 2010, el máximo Tribunal Constitucional colombiano, señaló:

Su condición de principio estructurador de la organización estatal explica en buena medida que la solidaridad, como principio, inspire y defina muchos de los elementos constitutivos de nuestro estatuto superior. La solidaridad es el eje estructurador del principio de igualdad. **Es también principio organizador del servicio de salud** y saneamiento ambiental.

2. CONCEPTO DE SALUD EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO

2.1. LA SALUD COMO CONCEPTO.

En principio es necesario precisar el concepto de “**salud**” para poder determinar su alcance en el Estado social de derecho colombiano.

La Real Academia Española de la Lengua, trae un concepto restringido de salud, pues define la misma como un “*Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.*”, lo que deviene de un enfoque negativo y estático del término, esto es, la salud es la ausencia de enfermedades, afecciones o incapacidades.

Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”. La cita está contenida en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde entonces. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Pese a que se trata de una definición positiva, se critica porque obedece a una visión estática de la salud, además, porque la asume como un fin. En general, ha sido tildada como idealista.

A su turno, el científico René Dubos, en 1959 se planteó el tema de salud como “un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado” (DUBOS R. El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico.)

Mientras que Herbert L. Dunn, también en 1959, definió la salud como “Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social”. (Citado por LOPATEGUI, Edgar. El concepto de salud).

Luego de presentar las definiciones anteriores, se alude al entendimiento que del derecho a la salud ha hecho la Corte Constitucional. Por ejemplo en la Sentencia T-171 de 2003, sostuvo:

La facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica y funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser.

Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento”. La materialización del derecho a la salud supone una atención integral, que se inicia con los cuidados y atenciones básicas requeridas por la persona enferma, pasando por el suministro de medicamentos, realización de intervenciones quirúrgicas, práctica de procesos de rehabilitación, toma de exámenes de diagnóstico, hasta el seguimiento médico pertinente y todo ello en procura del pleno restablecimiento de la salud del paciente. Ahora bien, si por alguna causa la patología que afecta al enfermo no es susceptible de mejorarse, se deben adoptar las medidas médicas necesarias para mitigar tales síntomas. (Corte Constitucional Sentencia T-171, 2003, pág. 4)

Esta concepción es acogida y desarrollada en la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, cuando señala que la salud integra los aspectos relacionados a la calidad de vida de todo ser humano, no solo en lo físico, sino que trasciende a lo moral, psicológico y social. Así, en Sentencia T-307 de abril 19 de 2006, con ponencia de Humberto Antonio Sierra Porto (hoy magistrado de la CIDH), argumentó:

La salud no equivale únicamente a un estado de bienestar físico o funcional. Incluye también el bienestar psíquico, emocional y social de las personas. Todos estos aspectos contribuyen a configurar una vida de calidad e inciden fuertemente en el desarrollo integral del ser humano. (Corte Constitucional, Sentencia T-307, 2006, pág. 6)

Por tanto, dijo la Corte Constitucional en la citada sentencia:

El derecho a la salud se verá vulnerado no solo cuando se adopta una decisión que afecta el aspecto físico o funcional de una persona. Se desconocerá igualmente cuando la decisión

adoptada se proyecta de manera negativa sobre los aspectos psíquicos, emocionales y sociales del derecho fundamental a la salud.

De todo lo anterior, se pueden extraer los siguientes puntos fundamentales:

- La salud es una facultad, un derecho.
- Dicha facultad concierne a todo ser humano.
- Implica un estado completo de bienestar.
- La materialización del derecho implica una atención integral.

La salud según lo señala el Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, es un derecho que concierne a todo ser humano:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 2003, pág. 12)

De la norma en mención, se concluye que el derecho humano a un nivel de vida adecuado implica la materialización del derecho a la salud. Esto dio paso a que en cierto momento, en Colombia, se considerara el derecho a la salud como fundamental por la tesis de la conexidad que sostuvo hasta hace poco la Honorable Corte Constitucional, y que fue la que llevó a que el Legislador colombiano, a que en ejercicio de la función constituyente lo incluyera en la Carta Política como derecho fundamental autónomo.

Ahora bien, el protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos sociales y culturales "Protocolo de San Salvador" señala en su Artículo 10, que las personas tienen derecho a la salud, como disfrute físico, mental y

social, identificándose de esta manera con la definición de la OMS, mencionada unos párrafos atrás. Asimismo, considera que para hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados deben generar compromisos adoptando medidas para garantizar el derecho, tales como:

- a.** la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
- b.** la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- c.** la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- d.** la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de, otra índole
- e.** la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- f.** la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (Protocolo de San Salvador, 1988, pág. 13)

Del contenido del “Protocolo de San Salvador” se puede evidenciar que se le da carácter de derecho prestacional a la salud, lo cual implica que su efectiva realización depende de acciones positivas y negativas a cargo de quién tenga el deber de prestar la atención de salud en el país.

El sistema de salud en Colombia, se ha convertido en una de las problemáticas más grandes, y aunque está estructurado para que toda la población acceda a los servicios de salud, existen los regímenes contributivos y subsidiados con el fin de ampliar la cobertura y destinar dineros del erario para la ejecución de los programas de salud y la atención que merecen todas los habitantes del territorio. Una de las principales preocupaciones en Colombia, es la de cómo garantizar a toda la población el acceso a estos servicios con el fin de abarcar el 100%, sin embargo, según se estima, el cubrimiento llega al 90% de los

asociados por lo que un 10% no cuenta actualmente con ningún tipo de cubrimiento en salud, lo que le impide que tenga una vida con calidad.

En Colombia, el sistema de salud en cuanto a cobertura y calidad presenta un atraso de aproximadamente una década, tiempo que no ha sido posible revertirse debido al déficit financiero que imposibilita una adecuada inversión en personal, en equipos, en ampliación de cobertura, en centros de atención, entre otros, que le restan, se reitera, calidad de vida a las personas titulares del derecho a la salud, bien sea que pertenezcan al régimen contributivo o bien al régimen subsidiado, con un agravante: el primer grupo recibe una mísera atención, pese a que es de su bolsillo que sale el dinero para cubrir dicho servicio.

No obstante que la filosofía que inspiró a Legislador colombiano para expedir la Ley 100 de 1993, fuera la inclusión de toda la población al sistema de seguridad social en salud el sistema de salud, desde ese entonces dicho sistema ha presentado fallas, ha estado en situación de crisis. Es un hecho notorio que el servicio de salud no se ha prestado dentro de estándares de calidad y eficiencia, ya que “según cifras en el 2013, el 26,14% del total de las tutelas sigue invocando los servicios de salud, además en el 2014, cada cinco minutos hubo una tutela por salud para un total de 105.947 tutelas” (Defensoría del Pueblo, 2014)

Para realizar un análisis de este caso, es determinante conocer los motivos del atraso que se tiene en materia de seguridad social, tanto desde el punto de vista económico como social, además se requiere saber la historia del país.

En Colombia, particularmente, el conflicto armado ha ocasionado problemas en diferentes aspectos, incluidos el económico y el social, lo que permite entender que gran parte del erario se desvía hacia la financiación de la guerra y la reparación de las víctimas.

Los esfuerzos que se realizan son grandes, ya que se quiere mantener el equilibrio entre la inversión social y la protección del patrimonio público, pues los grupos armados, atentan contra los bienes públicos impidiendo la atención de otros aspectos sociales importantes.

A esta problemática se suma la corrupción en las entidades públicas y privadas y las estafas al Estado que conllevan la pérdida de miles de millones de pesos que podrían ser utilizados en la satisfacción de las necesidades básicas de los asociados. Pero ¿cómo lo anterior afecta

particularmente la salud? Dentro de la economía, todo se correlaciona, entonces cualquier faltante que tenga que cubrirse en un lado, necesariamente, tendrá que extraerse de otros rubros, entonces, se produce el desequilibrio.

2.2. LA SALUD ENTENDIDA COMO DERECHO PRESTACIONAL.

Es importante aludir al concepto de salud entendido como derecho prestacional. A ello se refiere el Dr. Rodolfo Arango en su libro “El concepto de derechos sociales fundamentales”, en el que manifiesta:

Los derechos sociales fundamentales son derechos fundamentales, es decir, derechos subjetivos con un alto grado de importancia. Pero lo que distingue a los derechos sociales fundamentales de otros derechos fundamentales es que son derechos de prestación en su sentido estrecho. (Alexy & Arango, 2005).

Según Robert Alexy, en su obra Teoría de los derechos fundamentales: Los derechos a prestaciones en sentido estricto son derechos del individuo frente al Estado a algo que -si el individuo poseyera medios financieros suficientes y si encontrase en el mercado una oferta suficiente- podría obtenerlo también de particulares. Por tanto, se puede sostener que los derechos de prestación en sentido estricto son derechos que implican acciones positivas del Estado.

Ahora, es oportuno y apropiado traer a colación un extracto jurisprudencial -Sentencia T-160 de 2011- que se refiere a lo planteado en precedente, respecto a que en la actualidad, para el ordenamiento jurídico nacional, derechos prestacionales como la salud, son fundamentales por sí mismos, y no se necesita demostrar nexo alguno con derechos fundamentales para un amparo judicial efectivo mediante la acción constitucional de tutela.

El extracto de la mencionada sentencia, es el siguiente:

En pronunciamientos más recientes, esta Corte ha señalado que los derechos civiles y políticos así como los derechos sociales, económicos y culturales son derechos fundamentales que

implican obligaciones de carácter negativo como de índole positiva. El Estado ha de abstenerse de realizar acciones orientadas a desconocer estos derechos y con el fin de lograr la plena realización en la práctica de todos estos derechos es preciso, también, que el Estado adopte un conjunto de medidas y despliegue actividades que implican exigencias de orden prestacional. En este sentido, todos los derechos constitucionales fundamentales – con independencia de si son civiles, políticos, económicos, sociales, culturales o de medio ambiente - poseen un matiz prestacional, y por ello su implementación práctica siempre dependerá de una mayor o menor erogación presupuestaria. En este orden de ideas, despojar a los derechos prestacionales – como el derecho a la salud, a la educación, a la vivienda, al acceso al agua potable entre otros - de su carácter de derechos fundamentales resulta no sólo confuso sino contradictorio, pues si se adopta esta tesis de ninguno de los derechos, ni siquiera del derecho a la vida, se podría predicar la fundamentalidad. Restarles el carácter de derechos fundamentales a los derechos prestacionales, no armoniza, por lo demás, con las exigencias derivadas de los pactos internacionales sobre derechos humanos ya mencionados, que hacen parte del bloque de constitucionalidad según el artículo 93 de la Constitución.

De acuerdo con la línea jurisprudencial expuesta y que reitera la Sala en la presente sentencia, la fundamentalidad de los derechos no depende – ni puede depender – de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente

protegidos por la Constitución. (Corte Constitucional Sentencia T-160 , 2011)

2.3. ¿QUÉ TIPO DE DERECHO ES LA SALUD?

Del aparte reproducido se pueden extraer las ideas que a continuación se exponen y que resuelven la cuestión planteada ¿Qué tipo de derecho es la salud? Por tanto, se puede concluir que la salud es:

- Un derecho constitucional y fundamental por sí mismo, por lo que es susceptible de amparo judicial por vía de acción de tutela, cuando se cumplan los requisitos para su procedencia.

- Implica un hacer positivo y negativo por parte del Estado para que se garantice el goce real y efectivo de dicho derecho fundamental.

- El hacer positivo se refiere a acciones administrativas que permitan a los sujetos activos del derecho (cualquier ser humano) el acceso a la promoción, protección y restablecimiento de su derecho fundamental a la salud.

- El hacer negativo implica abstenerse de efectuar acciones que conlleven a una desmejora del servicio de salud, a escollos o dificultades que hagan más dificultoso el acceso a la misma.

3. PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.

Luego de aludir, en líneas anteriores, a la temática de la salud como derecho fundamental y el sistema de salud en Colombia, se abordará el tema de los elementos esenciales e interrelacionados incluidos en el derecho fundamental a la salud o, lo que es lo mismo, los principios que consagra la Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud (...)”, haciendo especial énfasis al principio de **eficiencia** y sus implicaciones en materia de prestaciones de los servicios de salud.

Sin embargo, antes de abordar el asunto enunciado, es procedente reproducir el siguiente aparte doctrinal:

La seguridad social tiene unos principios que pueden considerarse como pautas para la organización y evaluación de la gestión; cuando están en la legislación constituyen además, criterio de interpretación para todos los operadores jurídicos. Y cuando están en la Constitución, aparte de guía interpretativa, constituyen mandatos al legislador y al ejecutivo respecto de sus desarrollos legales. En la doctrina internacional, los principios de la Seguridad Social son sintetizados así: Universalidad, Integridad en las prestaciones, solidaridad, unidad e intencionalidad. Se menciona también el principio de sostenibilidad financiera. De todos esos principios, la Constitución colombiana enfatizó tres y les confirió rango constitucional: el principio de universalidad, el principio de solidaridad y el principio de eficiencia. (Arenas, 2007, pág. 24)

Así las cosas, los principios consagrados en la Ley 1751 de 2015, son los siguientes:

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 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 palanqueras.** Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, 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.

Con relación al principio de eficiencia, que es uno de los temas objeto de este trabajo, la Honorable Corte Constitucional, se ha pronunciado en varias oportunidades. Al respecto ha dicho que la efectividad de los derechos se desarrolla con base en la eficacia y la eficiencia administrativa, las que relaciona con el cumplimiento de las determinaciones de la administración, la primera, y con la elección de los medios más adecuados para el cumplimiento de los objetivos, la segunda. Estas dos cualidades -eficacia y eficiencia administrativa- permiten -dijo- la verificación objetiva de la distribución y producción de bienes y servicios del Estado destinados a la consecución de los fines sociales propuestos por el Estado Social de Derecho. Por lo tanto, la administración necesita un apoyo logístico suficiente, una infraestructura adecuada, un personal calificado y la modernización de ciertos sectores que permitan suponer la transformación de un Estado predominantemente legislativo a un Estado administrativo de prestaciones. (Sentencia T-068 de 1998).

Sobre el mismo tema, el Autor Gerardo Arenas Monsalve en su libro El derecho colombiano de la Seguridad Social, manifiesta lo siguiente:

El principio de eficiencia en la gestión es un requerimiento básico de todo sistema de Seguridad Social, porque determina el alcance real del derecho a la seguridad social para las personas.

De ahí la importancia constitucional que se le asigna y la necesidad de insistir en su mejoramiento, tanto en las instituciones públicas como en las que pertenecen al sector privado. (Arenas, 2007).

CAPITULO II

PARTICIPACIÓN DE LOS PARTICULARES Y LA EFICIENCIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

1. VICISITUDES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

Actualmente en nuestro país se presenta un problema de inequidad social, que se ve claramente reflejado en la en la prestación del servicio de salud.

La Defensoría del Pueblo, da cuenta de esta circunstancia adversa, en un documento emitido por este órgano, en el año 2003, denominado “*la tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social,*”, en el cual brinda a la opinión pública, un informe del número de tutelas interpuestas en nuestro país hasta el año 2013, el cual asciende a la suma de 115.147.

La cantidad de amparos constitucionales que diariamente se presentan en los Despachos Judiciales, dan cuenta de las múltiples dificultades que afronta la población colombiana que perturban el goce pacífico de esta garantía constitucional, en su doble connotación: derecho y servicio público.

Algunas de las problemáticas que se presentan en el sector de la salud, entre ellas el déficit financiero, motivaron la expedición de la Ley 100 de 1993, normatividad a través de la cual, se introdujo una serie de cambios al Sistema de Seguridad Social en Salud, con el propósito de garantizar la equidad, la integralidad y la cobertura en la prestación de este servicio público.

Pese a lo anterior, y a que el deseo del legislador consistió en que fuera el Estado quien garantizara la prestación ininterrumpida del servicio de salud e inspeccionara la calidad del

mismo, en términos de oportunidad y cobertura, no es precisamente esta finalidad la que se ha obtenido. Los particulares en buena medida, se han ocupado de realizar la tarea estatal, lo que ha generado un cambio de mirada debido a la concepción que muchos colombianos tienen frente a la labor que cumple la institucionalidad en este campo.

La prestación delegada de este servicio a empresas privadas, cuya existencia responde al ánimo de lucro asociativo que de la realización de una actividad se espera, ha modificado ostensiblemente la naturaleza pública del servicio de salud, pues diariamente se pone en duda la capacidad que tiene el Estado de garantizar los derechos irrenunciables de la persona, orientados a la protección del ser humano, frente a las contingencias que afectan su calidad de vida.

Es menester recordar entonces que la salud, va más allá de la materialización de una profesión a través de servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías psicofísicas del hombre, es también un derecho que no se mide con estadísticas de cobertura si no con estándares sociales, con respuestas oportunas que hagan realidad el acceso en términos de igualdad de toda la población, en la medida en que el sistema de salud se creó para garantizar a sus usuarios inmediatez en la prestación de este servicio.

Bajo estas circunstancias, podemos concluir, que el cambio que introdujo en el ordenamiento jurídico colombiano la Ley 100 de 1993, que por cierto ya cumplió 22 años de estar vigente, generó a su vez otras problemáticas sustanciales que se le sumaron a las existentes para la época. La principal de ellas, es la falta de políticas públicas en el sector salud que sean auto sostenibles en el tiempo, seguido de las acciones de orden administrativo que deberían tener los usuarios para denunciar la deficiente prestación del servicio de los operadores de salud, más allá de la consagración de amparos constitucionales como la tutela.

Frente a este último aspecto, es procedente pensar en una fuente de responsabilidad del Estado, por la falta de implementación de mecanismos de orden preventivo que eviten la producción de daños antijurídicos, en la medida en que la Superintendencia Nacional de Salud, como entidad encargada de vigilar la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud- EPS-, en especial de su régimen tarifario y de la calidad

del servicio que prestan, no realiza un control efectivo de los aspectos en mención, prueba de ello es el alza desproporcionada del precio de los medicamentos, cuya alteridad se descubre de forma tardía.

De tal manera que la última *ratio* en este sentido, debería ser la imposición de medidas sancionatorias por el incumplimiento de parámetros normativos en la prestación del servicio de salud, y no como sucede en este momento, donde la intervención de los organismos de control como política de prevención nacional es infructuosa.

2. TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL SOBRE LA FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS PARTICULARES.

Es claro entonces que la jurisprudencia ha jalonado con sus pronunciamientos el funcionamiento del sistema de salud en Colombia, pues se ha reconocido por los jurisconsultos la etapa crítica que afronta el sector, producto de la cual, se ha vuelto parte de la cotidianidad el fin de la humanidad de muchos usuarios que no han sido atendidos, por argumentos de orden económico e incluso administrativo.

Si bien, actualmente no existe una cifra o porcentaje en términos de exactitud que indique el número de fallecimientos que se presentan cada año en nuestro país, por falta de atención oportuna de los pacientes en los centros de salud, la Superintendencia Nacional de Salud, en el año 2012, dio a conocer por medio del Diario “El Espectador”, las estadísticas de quejas y reclamos que los usuarios presentan a las Empresas Promotoras de Salud-EPS-, en los siguientes términos:

En los primeros seis meses del año 2012 la Superintendencia de Salud recibió 5.132 quejas y reclamos sobre la EPS Famisanar, la misma que está siendo investigada por el caso de Ana María Forero, la niña de 11 meses que fue remitida de urgencias a la Clínica Cafam de Chapinero, en Bogotá, donde, según sus familiares, murió esperando a ser atendida (la EPS insiste en que prestó la atención oportuna).

Claro que Famisanar no es la EPS de la que más se quejan los usuarios. Si se evalúa sólo el régimen contributivo, al que pertenece la entidad, el primer lugar sería para Saludcoop (15.027 quejas), que atiende a casi cuatro millones de colombianos. Y si se miran las EPS del subsidiado, el primer lugar es para Caprecom (3.056), que tiene tres millones de usuarios

En vista del alto grado de insatisfacción que tienen los usuarios frente al funcionamiento del Sistema de Salud, la Corte Constitucional, en sendos pronunciamientos ha recordado, la Fundamentalidad de este derecho, como lo hizo en su momento en la Sentencia T-160 de 2011:

La fundamentalidad de los derechos no depende – ni puede depender – de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Todos Los derechos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución. (Corte Constitucional Sentencia 160 , 2011)

Para emitir este fallo histórico que ahora nos sirve de insumo para estudiar el tema que nos ocupa en este ensayo, la Corte Constitucional estudió los pronunciamientos emitidos por el Tribunal con anterioridad al año 2008, los cuales fueron utilizadas como antecedentes difusos en cuyos extractos se mencionaba la fundamentalidad de la salud por ser un derecho en conexidad con la vida, lo que sin lugar a duda generó que mediante la sentencia T-760 de 2008, la Corporación en cita, integrara esta característica al cuerpo conceptual del mencionado derecho, lo cual nuevamente fue objeto de regulación por el legislador en la Ley 1751 de 2015.

Vemos entonces como la jurisprudencia una vez más es una fuente inagotable de derechos. La Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, con ponencia del doctor Manuel José Cepeda Espinosa, es una prueba de ello. Este pronunciamiento se convirtió en una más de las

expresiones que sirven de sustento a nuestro modelo de Estado, donde por primera vez se analiza bajo la lupa de la justicia, los inconvenientes que padecen frecuentemente los tutelantes que los motivan a acudir al juez constitucional para obtener la satisfacción de este derecho.

En esta sentencia hito como en pronunciamientos subsiguientes, se observa como los problemas más frecuentes en esta materia, van desde el acceso efectivo al sistema de salud, hasta la financiación de los servicios médicos que no se encuentran cubiertos por el POS, pasando por la dificultad que genera la resolución de los desacuerdos entre los interesados, sin que estos acudan a instancias judiciales. Estas vicisitudes han llevado entonces a que la salida más expedita que encuentran los usuarios a su problemática sea la instauración de este mecanismo constitucional, de allí que el artículo 86 de la Constitución Política, se haya convertido en el caballito de batalla en este sentido. (Corte Constitucional Sentencia T-760, 2008)

Al unísono, la acumulación de procesos judiciales, ha llevado al Tribunal Constitucional, a realizar el análisis de las diferentes facetas del derecho a la salud y a emitir valoraciones sobre su concepción, con la finalidad de garantizar el goce universal, equitativo y efectivo de este derecho.

Importante entonces resaltar en este sentido, el trabajo que realizó la Sala de Revisión de la Corte Constitucional, cuando distinguió las formas de vulneración del derecho fundamental a la salud, de acuerdo a los tipos de obligaciones que subsisten frente al mismo, esto es: obligaciones de respeto, de protección y de cumplimiento o garantía. En la mayoría de los casos analizados por la Sala, se concluyó que las afectaciones más frecuentes consisten en que las Entidades Promotoras de Salud-EPS-, obstaculizan el acceso a los servicios de salud requeridos por los usuarios.

La necesidad de unificar los planes de beneficios en vista de que los servicios son denegados, es aún más esencial en el caso de los niños y las niñas ya que, la Constitución Política (artículo 44) los reconoce como sujetos de especial protección y consagra de manera autónoma su derecho fundamental a la salud. (Constitución Política de Colombia, 1991)

Bajo esta imperante necesidad de regulación, en la sentencia T- 760 de 2008, la Corte Constitucional, ordenó la adopción de medidas que unifiquen los planes de beneficios de los usuarios del Sistema de Salud. En relación con los niños y niñas, se requiere su implementación a corto plazo, y para los adultos, deben ponerse en marcha, en el momento en que las autoridades competentes lo consideren viable.

La decisión del Alto Tribunal, tiene asidero, si tenemos en cuenta que en el sector salud existe un problema de flujo de recursos que no se ha logrado superar con el actual mecanismo de recobro.

Las solicitudes de recobro al Fosyga aumentan aceleradamente, según lo indica el documento técnico “*Análisis descriptivo preliminar de los recobros en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 2002 a 2005*”, elaborado por el Ministerio y el Programa de apoyo a la reforma de salud PARS. Según este informe, mientras en enero de 2002 los recobros al Fosyga eran menos de 5.000, en el 2005 llegaban casi a 30.000.

En el balance resumido de solicitudes de recobro de las Entidades Prestadoras de Salud, para el año 2006 se constata que el 73% de sus cuentas por cobrar corresponden a deudas del Fosyga (Cubillos & Alfonso, 2005)

En este sentido, el Consejo de Estado en reiteradas oportunidades, ha reconocido el impacto negativo que generar los retrasos del Fosyga en el financiamiento del sistema, sobre el particular se ha dicho:

Actuar como lo viene haciendo el FOSYGA, puede generar un desfinanciamiento del sistema, pues se obliga a las entidades prestadoras a emplear recursos de otras fuentes y con otros destinos, para cubrir, durante largo tiempo, la mora del Estado. En conclusión, este impacto sobre el flujo de caja de las EPS amenaza y pone en riesgo los derechos colectivos invocados, y por esa razón se concederá el amparo pedido por los actores. (El Pulso, Periódico del sector de la salud, 2007, pág. 1)

Sumado al pronunciamiento del máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo, la Corte Constitucional, también reconoce, que es necesario que se adopten procedimientos de auditoria que aseguren la legalidad y la consistencia de los recobros que se presentan ante el Fosyga.

El Análisis descriptivo preliminar de los recobros en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 2002 a 2005, sobre este aspecto, resaltó la cantidad de errores e inconsistencias que se presentan en las solicitudes de reembolso de las Entidades Promotoras de Salud, los cuales desde luego deben ser verificados adecuadamente para garantizar la transparencia en la asignación de los recursos del sector salud.

Manifestó la Corte, que el derecho fundamental a la salud, comprende, entre otros, “*el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.*” (Corte Constitucional Sentencia C- 463 , 2008). Expone además, que este derecho es tutelable en diversas circunstancias, entre las cuales, la jurisprudencia constitucional ha destacado las siguientes:

- Cuando los servicios de salud se requieren, de acuerdo con el concepto del médico tratante, en especial si el servicio fue ordenado en beneficio de un niño o una niña
- Cuando el acceso al servicio es obstaculizado mediante la exigencia previa de que se paguen sumas de dinero, si se carece de capacidad económica.
- Cuando el servicio que se requiere es un examen o prueba diagnóstica.

Vistas las hipótesis tutelables, se entiende que el reembolso a que son obligadas las EPS por un fallo de tutela, también se aplica respecto de todos los medicamentos y servicios médicos ordenados por el médico tratante, que no están incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legales de seguridad social en salud que se encuentren vigentes. (Corte Constitucional Sentencia C- 463 , 2008)

Esto significa, que aún en los casos en que los usuarios no están al día en el pago de las cotizaciones a Salud y las EPS o IPS niegan la prestación de un servicio de salud, este último es claramente Tutelable. Luego, dicho de otra forma, las EPS no pueden negar la atención a los usuarios, bajo el argumento de que el afiliado no está al día en sus cotizaciones.

Precisamente, sobre este último aspecto, el amparo es procedente cuando:

- El servicio se requiere para enfrentar enfermedades catastróficas y de alto costo.
- El servicio de salud es interrumpido súbitamente.

De tal manera que las objeciones de tipo económico dentro de las cuales se encuentra la “terminación del contrato con la EPS”, no exonera al prestador del servicio de brindar una atención oportuna y de la calidad al usuario, pues este es responsable de garantizar la continuidad en el tiempo de los tratamientos orientados a la rehabilitación o recuperación del paciente.

En relación con el deber de proteger la salud, por parte de los órganos estatales respectivos, la Corte constató la existencia de fallas en la regulación (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Comisión de Regulación de la Salud y Ministerio de Protección Social) y omisiones por parte de los entes de vigilancia del sistema (Superintendencia de Salud). Por lo tanto, el alto tribunal, impartió órdenes encaminadas a asegurar que se proteja de manera efectiva el derecho a la salud dentro del sistema vigente y que se implementen políticas de prevención y promoción en este sector.

3. APORTES DE LA LEY 1751 DE 2015

Con la expedición de la Ley 1551 de 2015, el legislador estableció mecanismos de protección del derecho a la salud e impuso a las EPS la prohibición de negarle al usuario la práctica de exámenes, procedimientos, suministro de medicamentos, y en general, el acceso a los servicios que están a cargo del sistema de salud.

Uno de los beneficios más loables que se obtuvo con la expedición de la mencionada Ley, es la desaparición del POS, excluyéndose del sistema de salud, únicamente las cirugías estéticas, experimentos, tratamientos en el exterior que puedan ser brindados en el país, y aquellos procedimientos que no tengan evidencia científica.

El derecho a la salud, en el texto constitucional de 1991, estaba consagrado como un derecho social, mientras que la tradición jurisprudencial lo trató como un derecho fundamental por conexidad. Con la expedición de la Ley 1751 de 2015, la salud se regula por el legislador como una garantía de la esencia humana.

Se espera que con la entrada en vigencia de la nueva legislación, en efecto se disminuyan las problemáticas actuales del sector salud, se acorten los trámites a los cuales se ven expuestos los usuarios y se evidencie un control estricto a las Entidades Promotoras de Salud, en la medida en que la normatividad estatutaria lo exige, pues de lo contrario, estaríamos una vez más frente a una compilación infructuosa de normas.

Sin embargo y pese a la esperanza que la doctrina tiene en la nueva normatividad, hasta el día de hoy la historia no cambia mucho, las reclamaciones persisten y la vidas humanas siguen agotándose, producto del funcionamiento tardío o la prestación anormal de los servicios asociados a la salud.

Para finalizar nuestro estudio, podemos concluir sobre el asunto cuya atención ocupó el desarrollo de estas líneas, que el problema del sector actualmente, no es de la negación a los usuarios de los servicios de salud, sino el flujo de los recursos que hoy tiene al 57% de los hospitales públicos en riesgo.

La Ley en cita, exige manejar una adecuada gestión del riesgo y contar con la suficiente capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada, sin embargo en la práctica los hospitales no están cumpliendo con las exigencias.

El contralor Maya Villazón manifestó sobre el particular que:

Los hospitales públicos no están prestando de manera oportuna los servicios de salud y tienen problemas de flujo de recursos, toda vez que la administración de las deudas de las EPS con la

red hospitalaria es todavía ineficiente y les ha generado problemas de liquidez. (El Tiempo, 2015)

4. CONCLUSIONES

La fisonomía del Estado colombiano está basada en una economía neoliberal, modelo socio-político que consagra como pilar elemental, la libertad de empresa. Bajo este postulado, se ha aceptado que capital privado participe activamente en las actividades de titularidad del Estado, generando oferta de servicios a la población colombiana, especialmente en el sector salud.

Esta situación de integración de capitales, se ha sustentado bajo la idea de que los servicios que requieren los usuarios del sistema de salud, pueden ser prestados en mejores condiciones de oportunidad y calidad por entidades del sector privado, lo que resultaría cierto en relación con la medicina prepagada, sin embargo igual suerte no corren aquellos que pertenecen al régimen contributivo pero no reciben igual tratamiento, lo que hace indudable la necesidad de que las entidades gubernamentales realicen un control efectivo de las problemáticas que fueron abordadas en este ensayo.

En otras palabras, concierne al Estado la materialización de los derechos de las personas, especialmente de los derechos fundamentales como el de la salud, sin que esto signifique desconocer la permisón que consagra el texto constitucional en relación con las actividades públicas que ejecutan los particulares.

Esta afirmación, se ve reflejada en una reflexión que realizó al respecto la jurisprudencia constitucional:

En el artículo 48 constitucional permite que los particulares acompañen al Estado en la prestación del servicio. Así, este precepto se refiere a los particulares en dos oportunidades: en el inciso tercero para señalar que el Estado, con la participación de los particulares, debe ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social, y en el inciso cuarto, cuando señala que el

servicio podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley. (Corte Constitucional, Sentencia C-212 de 2013)

En sede de lo dicho, se puede apreciar que el postulado de solidaridad que caracteriza al del Estado social de derecho y que adoptó Colombia desde el año 1991, no se satisface a cabalidad, pues el derecho a la salud, siendo éste además un servicio público no se brinda en condiciones de igualdad a quienes lo reclaman

Colombia ha suscrito diversos instrumentos internacionales que consagran el respeto de los Estados por los derechos humanos, verbigracia el Pacto de San José, en el cual se propugna por el cumplimiento del derecho fundamental y Constitucional a la salud. Sin embargo el reconocimiento de esta obligación superior y de orden internacional ha debido ponerse en la lupa de la justicia, cuando ésta solución debería ser la última *ratio* en materia de derechos fundamentales.

La rama ejecutiva del poder público, por su parte, ha expedido diversos reglamentos, en algunos casos para dotar de realidad los postulados constitucionales, sin embargo, la administración de los recursos del sector es equívoca, aún falta gestión administrativa en este sentido, pues hay ausencia de planificación en la forma como se invierten los recursos, lo que se traduce en épocas de austeridad.

Para terminar, siguen siendo evidentes las falencias desde el punto de vista de las labores de control y vigilancia que se encuentran a cargo de entidades como la Superintendencia Nacional de Salud, cuya intervención debería estar orientada a la prevención de daños que puedan acometerse a los usuarios, y no únicamente a la sanción de conductas cuya alteración negativa ya se produjo.

5. BIBLIOGRAFIA.

Acosta, Paula; García, Fabián; González, José Luis; Mujica, Ana Virginia; Pintó, Diana; Prada, Carlos Felipe; Rodríguez, Anwar; Rozo, Sandra; Santa María, Mauricio; Uribe, María José; Vásquez, Tatiana (2010), Efectos de la Ley 100 en salud

Propuestas de reforma.

Gañán Echavarría, Jaime León (2013), Los muertos de Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.

Pérez Ortiz, Volmar Antonio; Gaviria Betancur Paula (2004), Derecho a la Salud.

6. CIBERGRAFÍA.

Corte Constitucional de Colombia (2013), Sentencia C-262 de 2013 del mes 05, MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Extraído el 12 de Noviembre de 2014 de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-262-13.htm>

Dane (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (2015), *Medición del empleo informal y Seguridad Social*, S/N, Enero de 2015, Extraído el día 26 de Septiembre de 2014 de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/re_ech_informalidad_sep_nov2014.pdf

Programa de seguimiento así vamos en Salud, S/F, *Defensoría del pueblo, en defensa de la tutela, Programa de seguimiento así vamos en salud*, S/N, S/F, Extraído el día 5 de Diciembre de 2014 de <http://www.asivamosensalud.org/lecturas-sugeridas/lecturasugerida.ver/31>

Redacción Judicial (2013), *Los servicios que las EPS niegan*, S/N, Septiembre de 2013. Extraído el día 1 de Enero de 2015 de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-servicios-eps-niegan-articulo-44489>

7. REFERENCIAS

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (2003). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* . Tomado de <http://www.aprodeh.org.pe>.
- Alexy & Arango . (2005). *El concepto de derechos sociales fundamentales*. Bogotá: Legis.
- Análisis económicos de Santa Lucía. (2014). *El concepto de Bienestar y su medición*. Recuperado el 5 de Agosto de 2015, de <http://www.economiaandaluza.es/sites/default/files/2Cap%C3%ADtulo%202.%20El%20concepto%20de%20bienestar%20y%20su%20medici%C3%B>
- Arango, R. (2008). *El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana*. Clérico L, Ronconi L, Aldao M. Tratado de Derecho a la Salud, 3, 2551-2590.
- Arenas, G. (2007). *El derecho colombiano de la seguridad social*. Bogotá.
- Constitución Política de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: Leyer.
- Corte Constituciona Sentencia T-171. (2003). *Corte Constitucional, en Sentencia T-171 de 2003*. Bogotá.
- Corte Constitucional Sentencia C- 463 . (2008). *Sentencia C- 463 de 2008*. Bogotá.
- Corte Constitucional Sentencia 160 . (2011). *Sentencia 160 de 2011*. Bogotá.
- Corte Constitucional Sentencia T-068. (1998). *Sentencia T-068 de 1998*.
- Corte Constitucional Sentencia T-133. (2013). *Sentencia T-133 de 2013*. Bogotá.
- Corte Constitucional Sentencia T-160 . (2011). *Sentencia T-160 de 2011*. Bogotá.
- Corte Constitucional Sentencia T-760. (2008). *Sentencia T-760 de 2008 del mes 07,*. Bogotá.
- Corte Constitucional, Sentencia T-307. (2006). *Corte Constituciona T-307 de abril 19 de 2006* . Bogotá.

- Cubillos & Alfonso. (2005). *Análisis descriptivo preliminar de los recobros en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2002 a 2005*. . Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Defensoría del Pueblo. (2014). *Tutelas por servicios de salud*. Bogotá.
- Diario El Espectador. (2012). *Antesala al paseo de la muerte*. Obtenido de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/antesala-al-paseo-de-muerte-articulo-383332>
- Echeverry, J. C. (2012). Presupuesto de 2013 será de \$185,5 billones. *Revista Dinero*, S/N, Julio de 2012.
- El Pulso, Periódico del sector de la salud. (2007). *Fosyga tendrá que pagar deudas al sistema de salud*. Obtenido de <http://www.periodicoelpulso.com/html/0704abr/general/general-04.htm>
- El Tiempo. (2015). *El 57% de los hospitales públicos están en riesgo* . Obtenido de <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/contraloria-advierte-que-hospitales-publicos-estan-en-riesgo-por-deudas/15957037>
- Gañán, J. (2015). *Derecho a la salud y mercado, casos Colombia y Latinoamérica*. . Estudios de Derecho, 71(157).
- Jaramillo, Martínez, Olaya & Céspedes. (2010). *Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud*. .
- Ley estatutaria 1751 . (2015). *Extraído el 29 de Agosto de 2015 de* <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 5 de Agosto de 2015, de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2003/tema1/ap2.php>

Pantoja, S. (2011). La crisis en el sistema de salud colombiano: problemas y desafíos del nuevo Gobierno Distrital en materia de salud de la población bogotana. *Revista económica Supuestos, S/N, diciembre de 2011.* .

Protocolo de San Salvador. (1988). *Convención Americana sobre los Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador.*

Real Academia de la lengua Española (RAE). (2010). *Ortografía de la lengua española.* Madrid: Espasa.

Vásquez, M. J. (2010). *Efectos de la Ley 100 en salud.* Bogotá.