

EL DERECHO A LA SALUD: POLÍTICAS PÚBLICAS Y PERCEPCIÓN DE ACTORES Y GRUPOS DE POBLACIÓN. DEL PAPEL A LA REALIDAD. MANIZALES 2008*

Alba Lucía Vélez Arango**

Recibido en febrero 25 de 2009, aceptado en junio 26 de 2009

Resumen

Objetivo: verificar en los instrumentos de política pública de carácter normativo la forma en que se insertan mecanismos de protección y garantía del derecho a la salud e identificar la percepción sobre la protección de este derecho en los actores de política (*Policy Makers*) y usuarios del sistema general de seguridad social en salud en Manizales. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de tipo cuali-cuantitativo realizado en la ciudad de Manizales, 2008. Población de estudio: 422 usuarios del sistema de seguridad social en salud afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y población no asegurada. 40 entrevistas a actores de política representantes del sector ejecutivo, jurisdiccional, académico, organismos de control y vigilancia, y legislativo. Variables: instrumentos de protección y garantía del derecho en normas de carácter internacional, nacional y programas de gobierno. Usuarios del SGSSS: caracterización de la población: características demográficas, socioeconómicas, percepción sobre la protección y alcance del derecho a la salud, conocimiento de los derechos como ciudadano, conocimiento sobre medios de protección del derecho y utilización de estos como medio de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), respuesta a requerimientos de salud, gastos de bolsillo, y existencia de barreras de acceso y sugerencias para la garantía de protección del derecho a la salud en Colombia. **Hallazgos de entrevista a actores:** percepción del derecho a la salud, alcance de su garantía en Colombia, observaciones en torno a la garantía de protección del derecho. Hallazgos: se evidencia la diferencia entre lo consagrado normativamente y lo percibido por los actores y usuarios en la protección y alcance del derecho a la salud.

Palabras clave

Jurisprudencia, legislación, políticas públicas, sistema de salud.

Artículo derivado de la investigación: "El derecho a la salud. Políticas públicas y percepción de actores y grupos poblacionales. Manizales. 2008". Investigadora principal: Alba Lucía Vélez A. Co-investigadores: Kelly Andrea Osorio Rodríguez (Abogada. Docente Catedrática, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Caldas), Martha Patricia Vélez (Abogada. Directora Corporación Cívica de Caldas). Blanca Cecilia Largo Hernández (Enfermera. Funcionaria Secretaría de Salud, Municipio de Manizales), Diana Marcela Palacio (Directora Consultorio Jurídico Universidad de Caldas), Manuel Correa (Asistente Consultorio Jurídico Universidad de Caldas). Financiación: Universidad de Caldas - Secretaría de Salud, Municipio de Manizales - Corporación Cívica de Caldas.

** Abogada, Enfermera. Docente Departamento de Salud Pública. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail. albalu@telecom.com.co

THE RIGHT TO HEALTH: PUBLIC POLICIES AND THE PERCEPTION OF ACTORS AND POPULATION GROUPS. FROM WRITING TO REALITY. MANIZALES 2008.

Abstract

Objective: the identification of protection mechanisms and guarantees to the right to health within the public policy and regulatory instruments, as well as identifying the perception regarding the protection of this right by political actors (Policy Makers) and by the general healthcare system users in Manizales. **Materials and methods:** it is a descriptive study of qualitative and quantitative character conducted in the city of Manizales in 2008. The study population is made up by 422 users of the healthcare system belonging to the contributions regime, subsidized and unaffiliated population. 40 interviews were carried out with political representatives belonging to the executive, judicial, academic and legislative branches, as well as control and supervisory agencies. **Variables:** the protection and rights guarantee instruments in international and national laws, and government programs. Regarding the members of the General Healthcare System, a characterization of the population was carried out covering demographic and socioeconomic characteristics, the perception on the protection and scope of the right to health, rights knowledge as a citizen, knowledge on ways to protect the right, and their use as a means of access to the General Healthcare System, answer to health needs, pocket expenses, and access barriers and suggestions for ensuring protection of the right to health in Colombia. **Findings from the actors interviewed:** the perception of the right to health, extent of its guarantee in Colombia, observations on the guarantee of right. **Findings:** a difference between the norm and what is perceived by the actors and users regarding the protection and scope of the right to health.

Key words

Jurisprudence, legislation, public policies, healthcare system.

O DIREITO À SAÚDE: POLITICAS PÚBLICAS E PERCEPÇÃO DE ATORES E GRUPOS DE POVOAÇÃO. DO PAPEL À REALIDADE. MANIZALES 2008

Resumo

Objetivo: verificar nos instrumentos de política pública de caráter normativo a forma em que inserir se os mecanismos de proteção e garantir o direito à saúde e identificar a percepção sobre a proteção deste direito nos atores de política (*Policy Makers*) e usuários do sistema geral de seguridade social em saúde em Manizales. **Materiais e métodos:** pesquisa descritiva de tipo Quali- quantitativo realizado na cidade de Manizales, 2008. **Povoação de pesquisa:** 422 usuários do sistema de seguridade social em saúde afiliados aos regimes contributivos, subsidiário e povoação não assegurada. 40 entrevistas a atores de política representantes do setor executivo, jurisdicional, acadêmico, organismos de control e vigilância, e legislativo. **Vaiáveis:** instrumentos de proteção e garantia do direito em normas de caráter internacional, nacional e programas de governo. **Usuários do SGSSS:** caracterização da povoação: características demográficas, socioeconômicas, percepção sobre a proteção e alcance do direito à saúde, conhecimento dos direitos como cidadão, conhecimento sobre meios de proteção do direito e utilização destes como meios de acesso ao Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), resposta a requerimentos de saúde, gastos de paletó, e existência de barreiras de acesso e sugestão para a garantia de proteção do direito à saúde, em Colômbia. **Descobrimiento de entrevista a atores:** percepção do direito à saúde, alcance de sua garantia em Colômbia, observações em torno à garantia de proteção do direito. **Descobrimientos:** evidencia se a diferencia entre o consagrado normativamente e o percebido por os atores e usuários na proteção e alcance do direito à saúde.

Palavras chave

Jurisprudência, legislação, políticas públicas, sistema de saúde.

INTRODUCCIÓN

García Márquez dice:

[...] somos dos países a la vez: uno en el papel y otro en la realidad. Aunque somos precursores de las ciencias en América, seguimos viendo a los científicos en su estado medieval de brujos herméticos, cuando ya quedan muy pocas cosas en la vida diaria que no sean un milagro de la ciencia. En cada uno de nosotros cohabitan, de la manera más arbitraria, la justicia y la impunidad; somos fanáticos del legalismo, pero llevamos bien despierto en el alma un leguleyo de mano maestra para burlar las leyes sin violarlas, o para violarlas sin castigo [...] (1).

Es éste el principal hallazgo de la investigación; una es la realidad que se plasma en las normas de carácter internacional y nacional así como en los instrumentos de política pública insertos en los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal que velan por la garantía del derecho a la salud, que evidencian una concepción del proceso salud-enfermedad en su multiplicidad de factores determinantes y que incluso consultan avances teóricos expresados a través de los pronunciamientos de la Corte Constitucional que conciben la protección del derecho más allá de la sola ausencia de enfermedad y, otra es la realidad que se observa en el día a día, cuando el ciudadano requiere el servicio de salud y éste es limitado u obstaculizado por diversas motivaciones, algunas de tipo legal y reglamentario como son los enunciados taxativos del conjunto de procedimientos, medicamentos e intervenciones contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado y otras ocasionadas por la maraña administrativa a la cual está sujeta la prestación del servicio de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993.

Un nuevo abordaje sobre el alcance de la protección y garantía del derecho a la salud ha dado paso, la salud entendida como parte primordial del conjunto de capacidades requeridas para llevar una vida digna, que permita el desarrollo de las potencialidades como ser humano, es esta la teoría de capacidades como titulaciones fundamentales, abanderada por autores como Sen y Nussbaum, para quienes el conjunto de capacidades son necesarias para llevar una vida con un funcionamiento verdaderamente humano. Nussbaum propone una lista de capacidades de carácter enunciativo, abierta y sujeta a ser complementada; ocupan en ella primeras posiciones “la vida, la salud corporal y la integridad corporal” (2) capacidades estas que están estrechamente relacionadas con el alcance del nivel más alto de salud posible, que le permita llevar al ser humano una vida que valga la pena ser vivida. En igual sentido y como respuesta a las tutelas instauradas por los ciudadanos, la Corte Constitucional ha orientado sus fallos con una visión integral de la salud; expresiones como las siguientes evidencian esta afirmación:

El ser humano, [...] necesita mantener ciertos niveles de salud para sobrevivir y desempeñarse, de modo que, cuando la presencia de ciertas anomalías en la salud, aún cuando no tenga el carácter de enfermedad, afectan esos niveles, poniendo en peligro la dignidad personal, resulta válido pensar que el paciente tiene derecho, a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar alivio a sus dolencias, a buscar, por los medios posibles, la posibilidad de una vida, que no obstante las dolencias, pueda llevarse con dignidad (3).

Este concepto de salud supera la idea morbicéntrica, como lo anota la definición de la OMS, no es sólo la ausencia de enfermedad, la salud hace parte del conjunto de capacidades propuestas por Amartya Sen y Martha Nussbaum. Al respecto, expresa Nussbaum:

[...] Para Sen, ciertas capacidades son absolutamente básicas e innegociables. Uno no puede leer sus debates sobre salud, educación, libre elección de ocupación y libertades políticas y económicas, sin sentir que concuerda totalmente con sus perspectivas, según la cual a estas capacidades se les debería dar prioridad e importancia por parte de los Estados del mundo entero, en tanto titulaciones fundamentales de todos y cada uno de los ciudadanos (4).

El conjunto de capacidades y su goce, propician al individuo las habilidades necesarias para procurar su ser y hacer y llegar a ser realidad sus sueños de vida, sin que medien obstáculos generados por condiciones económicas, sociales, culturales. De allí, que la atención en salud como un conjunto de acciones y servicios a través de los cuales se garantiza la protección del derecho, connota un aporte central, calificado por Daniels Norman así:

“ Sostengo que el principal aporte de la atención en salud en cualquiera de sus formas, sea pública o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, a nivel físico o de salud mental, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a lo normal como sea posible, dentro de las limitaciones razonables de recursos. La enfermedad y la discapacidad, vistas como desviaciones del funcionamiento normal restringen el rango de oportunidades que se presentan a los individuos, impidiéndoles participar como podrían hacerlo en la vida económica, social y política de sus sociedades” (5).

Esta nueva dimensión del proceso salud-enfermedad está enunciada explícitamente en la normatividad internacional y nacional y en los instrumentos de política, así como también en los pronunciamientos de la Corte Constitucional.

Sin embargo, estos desarrollos no se evidencian en forma contundente en la prestación de los servicios de salud, en su acceso y oportunidad. Por otra parte, los actores y usuarios perciben que el derecho a la salud y más concretamente el derecho a su protección tienen una consagración de papel, en la realidad se presentan obstáculos para el acceso a los servicios en los diferentes niveles de complejidad. Son los jueces los que dispensan la salud por vía tutela.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo cuali-cuantitativo desarrollado en tres fases: 1) Análisis e interpretación de instrumentos de política a través del estudio de la normatividad de carácter internacional, constitucional y legal y de documentos de política, a saber: Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, Plan de Desarrollo Departamental de Caldas 2008-2011, Plan de Desarrollo del Municipio de Manizales 2008-2011, y análisis de los pronunciamientos de la Corte Constitucional. 2) Identificación de la percepción sobre la garantía y protección de derecho a la salud en Manizales en una muestra estratificada de usuarios (422) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) régimen contributivo, subsidiado y población no afiliada (“vinculada” o “pobre no asegurada”) de Manizales. 3) Percepción en usuarios y *policy makers* de la garantía del derecho en Colombia mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada (40 entrevistas) que consultó percepción sobre: cumplimiento de los principios asignados al derecho a la salud, modo en el cual las normas facilitan la protección del derecho, cambios sugeridos al sistema de seguridad social en salud para favorecer la protección y alcance del derecho. Se entrevistaron gerentes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), directores de entes territoriales, magistrados, jueces, funcionarios de entidades de control, Fiscalía, Contraloría, Personería, representantes del sector académico, asociaciones

de usuarios. Cámara de Comercio. Muestra estratificada (6) (nivel de confianza 95% y margen de error de 5%) de la población de Manizales, se excluyó población < 15 años.

Las variables objeto de estudio fueron: a) Encuesta a usuarios del SGSSS: características demográficas, socioeconómicas, percepción sobre la protección y alcance del derecho a la salud, conocimiento de los derechos como ciudadano, conocimiento sobre medios de protección del derecho y utilización de estos como medio de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), requerimientos de salud en diferentes épocas, acceso a los servicios de salud, respuesta a requerimientos de salud, gastos de bolsillo, existencia de barreras de acceso y sugerencias para la efectiva garantía de protección del derecho a la salud en Colombia. b) Entrevista semi-estructurada a *Policy Makers*: percepción sobre la protección y alcance del derecho a la salud, alcance de su garantía en Colombia, cumplimiento de los principios constitucionales de solidaridad, eficiencia y universalidad. sugerencias en torno a la efectividad de la protección del derecho. c) Identificación en instrumentos de política de carácter normativo y planes de desarrollo nacional, departamental y municipal, sobre la inserción de acciones tendientes al alcance y protección del derecho a la salud a través de la prestación del servicio de salud.

Técnicas y procedimientos

Instrumentos: a) Guía de análisis de normas y planes de desarrollo nacional, departamental y municipal. b) Entrevista semi-estructurada a actores (*Policy Makers*) en Manizales. c) Encuesta aplicada a usuarios del SGSSS en Manizales. La encuesta a usuarios del SGSSS se aplicó con la colaboración de los estudiantes del Consultorio Jurídico del Programa de Derecho de la Universidad de Caldas, que hacían su práctica en el segundo semestre de 2007 y primer semestre de 2008, previa estandarización de los instrumentos.

Análisis

Las normas se listaron con base en su jerarquía, la fecha de expedición, el ente que la promulgó, el objeto de la norma y la primacía que le otorgó a protección del derecho a la salud. Los planes de desarrollo nacional, departamental y del municipio de Manizales fueron analizados en torno a la existencia de programas y subprogramas relativos a la prestación de los servicios de salud. La información de los actores de política fue compendiada por sectores de procedencia y destacó las diferentes percepciones en torno a la protección del derecho a la salud. La encuesta a usuarios fue analizada en forma univariada-bivariada (paquete estadístico SPSS) y multivariada (paquete estadístico SPAD, Versión 5.5).

RESULTADOS

Se evidenció la importancia de las políticas públicas como expresión del accionar del Estado. Se identificaron los instrumentos de política contenidos en la legislación internacional, nacional y en los planes de desarrollo. Se analizó el papel de la Corte Constitucional en torno a la protección y alcance del derecho a la salud, y finalmente se describió la percepción de actores y usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en torno a la consagración del derecho a la salud en Colombia.

Instrumentos normativos y planes de desarrollo como expresión de política pública

A través de las políticas públicas se evidencia el accionar del Estado, se hace visibles en instrumentos normativos de carácter constitucional, legal y reglamentario, son “las políticas públicas [...] programas de acción que representan la realización concreta de decisiones, el medio usado por un actor en particular llamado Estado, en su

voluntad de modificar comportamientos, mediante el cambio de las reglas de juego operantes hasta entonces” (7). La importancia de las políticas públicas de carácter normativo en la protección y alcance del derecho a la salud ha sido reconocida por la Corte Constitucional, al respecto ha expresado:

“ El derecho a la salud de las personas en los casos concretos depende [...] entre otros factores, de la existencia de un marco normativo adecuado del sistema de seguridad social en salud. Es decir, para poder garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado debe expedir las reglas necesarias e idóneas para organizar el sistema. Carecer de ellas o tener unas inadecuadas puede ser tan grave como carecer de recursos para atender a los pacientes” (8).

Diferentes instrumentos normativos de carácter internacional desarrollan el sistema de protección y alcance del derecho a la salud, se destacan: 1) La Declaración Universal de Derechos Humanos: “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” (9). 2) Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDSEC), en vigor en Colombia desde 1968, en su Artículo 12 incluye una de las normas de mayor trascendencia en la concepción de salud:

“Los Estados Partes en el presente Pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental [...] e insta a los Estados a crear las condiciones que aseguren a todos, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad ” (10).

Brindan estas normas un carácter de integralidad a la protección del derecho a la salud. Ambos

Pactos, por vía del Artículo 93 (C.P.) se incorporan a la normatividad constitucional del país, haciendo parte del Bloque de constitucionalidad (11); en sentido genérico integran el corpus normativo de los derechos humanos y conjuntamente con los convenios de derecho humanitario son normas de *ius cogens*, que protegen la dignidad de la persona humana.

El órgano de supervisión del Pacto es el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) (12) encargado de la vigilancia, del cumplimiento de las disposiciones y de velar por la correcta interpretación de cada una de ellas; ejerce su función a través de Observaciones. Se evidencia a partir de su creación, un conjunto doctrinario que evidencia la evolución del concepto de salud en su contenido y alcance, factores como alimentación, vivienda, trabajo, educación, dignidad humana, igualdad, acceso a la información, se vinculan como componentes integrales del derecho a disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental” (12).

El Pacto desarrolla los conceptos de “progresiva efectividad” y de “obligación de resultados” (14) (15), en su parte II, Artículo 2 expresa:

“ Cada uno de los Estados Partes [...] se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos ” (12).

Por medio de las “Observaciones” se vigila el cumplimiento del pacto en sus diferentes temáticas. La Observación No. 14 expresa:

“ 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 ”(13).

Enfatiza el Comité, que el argumento de insuficiencia de recursos disponibles por parte del los Estados no es óbice para la no protección del derecho, se mantiene la obligación de garantía y, en consecuencia, la obligación de vigilar la realización o no realización de los derechos. Advierte que aun en caso de limitaciones graves (crisis económica, procesos de ajuste u otros factores) se puede y se debe proteger a los grupos más vulnerables. Consagra además preceptos en procura de la protección y salvaguarda del derecho a la salud en poblaciones a quienes confiere un status especial: mujeres, niños, personas privadas de la libertad, personas en situación de desplazamiento forzado, discapacitadas, minorías étnicas y raciales, adultos mayores y enfermos de Sida. La obligación de cumplimiento impuesta a los Estados requiere un reconocimiento explícito del derecho en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos y la adopción de una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, instaurando un sistema de seguro de salud, público, privado o mixto asequible a todos; exige igualmente promover a través de actividades, el mantenimiento y restablecimiento de la salud de la población.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia reconocen como contenidos básicos o niveles esenciales del derecho a la salud la: a) disponibilidad, b) accesibilidad, c) aceptabilidad y d) la calidad.

Los Artículos 48 y 49 de la C.P. de Colombia, consagraron el derecho a la seguridad social y a la salud como “servicios públicos de carácter obligatorio que se prestarán bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (16). La norma es taxativa al plasmar en su contenido el principio de universalidad (cobertura universal): “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...]” (16). Las normas analizadas constituyen el marco del cual se derivan los instrumentos de política nacional para el reconocimiento, protección y alcance del derecho. De otra parte, la Constitución consagró como mecanismo de protección de los derechos fundamentales la acción de tutela, a través del cual el derecho a la salud y a la seguridad social encontraron una expedita protección inicialmente por su conexidad con derechos de carácter fundamental como la vida, la dignidad de la persona, el libre desarrollo de la personalidad y en los avances jurisprudenciales por su categoría de derecho fundamental. En similar sentido, la Constitución consagró la noción de gasto público social (Art. 350) con una especial importancia en la protección del derecho a la salud, puesto que agrupa las partidas de tal naturaleza, entre las que se incluye salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable; campos estrechamente relacionados con la finalidad de procurar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida como función del Estado social de derecho. Dispone el Art. 350 C.P., “[...] Excepto en los casos de guerra exterior o por razones de seguridad nacional, el gasto público tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación” (17).

A partir de la Ley 100/1993 se desarrollan otros instrumentos reglamentarios. En su

preámbulo la ley expresa: “la seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias especialmente las que menoscaban la salud [...] (18). En su Artículo 162, crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional antes de 2001, su objetivo es la atención 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. Se establecen dos tipos de regímenes, el contributivo y el subsidiado, el objeto de este último es expresado taxativamente en la ley, literal j) del Artículo 156: “Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de sus capacidades” (18). Es éste el mecanismo previsto por la ley para dar cubrimiento en servicios de salud a la población que carece de medios para procurar sus requerimientos de salud o bien vía impuesto a la nómina o como trabajador independiente.

La normativa constitucional y la Ley 100/93 configuran el marco normativo del cual se derivan los demás instrumentos de política pública para la garantía de protección del derecho a la salud en Colombia. A partir de su expedición, leyes, acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), resoluciones y decretos, han conformado la extensa reglamentación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud (SISSS) y han acompañado las acciones

de implementación de las normas, a saber: el proceso de afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado, la identificación de la población cotizante y beneficiaria, la forma de atención en salud para la población no asegurada, definición y actualización de los contenidos del POS a través del CNSSS y hoy Comisión de Regulación en Salud (CRES), definición de los flujos de recursos de las EPS, flujos financieros de responsabilidad de los entes territoriales, Nación, departamentos y municipios, el contenido de las coberturas de salud, los recobros al Fosyga por patologías de alto costo o catastróficas, la actualización periódica de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por afiliado, los mecanismos de vigilancia y control, el sistema general de garantía de la calidad, entre otros aspectos.

Además, otros instrumentos de política pública orientan la protección y garantía del derecho a la salud en Colombia, estos son: Ley 715 de 2001, Decreto 3518 de 2006 (22) Decreto 1011 de 2006 (23), Ley 1122 de 2007 (20), Decreto 3039 de 2007 (21), Decreto 4747 de 2007; en forma sucinta se describen sus objetivos básicos como expresión de política públicas.

1) Ley 715 de 2001 (19), reglamenta el sistema general de participaciones con el fin de financiar los servicios de salud para la población clasificada como pobre y vulnerable (régimen subsidiado de salud), señala que la gestión en salud pública es función esencial del Estado y, con tal fin, la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución (Art 46). Asigna a las entidades territoriales la ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y reitera el mandato de la Ley 10 de 1990 sobre la obligatoriedad de la atención de urgencias en todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud.

2) Ley 1122 de 2007 (20), desarrolla los componentes básicos del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) implementado a nivel departamental y municipal.

Crea la figura del defensor del usuario y estructura el sistema de inspección, vigilancia y control (SIVC) a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud; establece la evaluación por resultados en las instituciones del sector salud y crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) cuya función primordial es la definición y modificación de los planes obligatorios de salud (POS) que las EPS garantizarán a los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, como mínimo una vez al año, y el listado de medicamentos esenciales genérico que hacen parte de los planes de beneficios. Con el diseño e implementación del plan nacional de salud pública en los diferentes entes territoriales y entidades del sector salud, se subsanan las falencias detectadas en la Ley 100/93 en cuanto al desarrollo de acciones colectivas de salud pública que tienen incidencia directa en el proceso salud-enfermedad.

3) El Decreto 3039 de 2007 (21), reglamenta los contenidos básicos del plan de salud pública en cada ente territorial, asignándole un carácter de obligatoriedad; insta al Ministerio de la Protección Social a desarrollar, adoptar y ajustar los documentos técnicos y a expedir los actos administrativos requeridos para facilitar la implementación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 atendiendo las diferencias regionales, étnicas y culturales. Este plan de definición cuatrienal se adopta previa consulta de perfiles de morbimortalidad, características sociodemográficas y prioridades en salud por parte de las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, Direcciones Territoriales, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Prestadoras de Salud (IPS). El Plan Nacional de Salud Pública tiene como propósito: el mejoramiento del estado de salud de la población, mitigar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud; connota un explícito interés de procurar la garantía de protección del derecho a la salud con una visión integral, que consulta enfoques como

el poblacional, el de factores determinantes y el enfoque de gestión social del riesgo.

Con similar objetivo, el 4) El Decreto 3518 de 2006 (22) creó y reglamentó el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA); su propósito es la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afectan o pueden afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.

5) Decreto 4747 de 2007 (24), reguló las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, su principal aporte es el propósito de eliminar las barreras de acceso a los usuarios, puesto que prohíbe trasladar a estos la carga de la obtención de autorizaciones ante las entidades promotoras de salud, para el acceso a las prestaciones tanto en las relacionadas con la atención de urgencias como en los servicios electivos cubiertos por los planes obligatorios de salud. Por último, en esta relación se destaca el Decreto 1011 de 2006 (23), que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) e imprime al sistema de seguridad social en salud las características básicas previstas en la normativa internacional para la garantía del derecho: accesibilidad, oportunidad, pertinencia y aceptabilidad.

Planes de Desarrollo Nacional, departamental y municipal

El Plan Nacional de Desarrollo es un instrumento de política de la mayor importancia, a través de él la sociedad establece claramente las líneas de acción de un Gobierno durante un periodo determinado. Es el instrumento legal por medio del cual se dan a conocer los objetivos del Gobierno y su gestión para cada cuatrenio. Establece parámetros, como objetivos, metas o propósitos, a través de los cuales se puede evaluar la gestión gubernamental y exigir los correctivos, en caso de ser necesarios. El Plan

Nacional de Desarrollo 2006-2010 (25) contiene múltiples propósitos de las diferentes entidades y ministerios que están bajo la responsabilidad del Gobierno nacional; sus contenidos programáticos inciden en los diferentes sectores de la economía entre estos en la garantía de protección del derecho a la salud, anotando que el programa nacional de salud también se incorpora al Plan Nacional de Desarrollo y a la Ley General del Presupuesto. En su contenido integra el accionar en salud pública, las medidas tendientes al logro de la cobertura universal y la política nacional de prestación de servicios de salud. Uno de los objetivos esenciales del Plan 2006-2010 es la implementación de una “política de promoción de reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad que conduzca a soluciones efectivas contra la pobreza y la vulnerabilidad, el desempleo, las deficiencias de cobertura y calidad en la seguridad social [...]” (25).

El plan incorpora en el numeral 3.3 las acciones relacionadas con el Sistema de Protección Social, y propone una serie de metas entre las que se destacan la disminución del índice de pobreza entre el 39,5% y el 35%, y el de indigencia al 8%; otras metas de interés en la garantía de derecho a la salud son: la universalización del aseguramiento, para este fin plantea 3 estrategias: universalización del régimen subsidiado para la población Sisben 1 y 2, implementación de subsidios parciales a la cotización del régimen subsidiado o contributivo para la población en transición (nivel 3 del Sisben) e incremento de la afiliación al régimen contributivo y actualización del plan de beneficios.

La operación eficiente de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública y el fortalecimiento de la gestión de las entidades territoriales en el manejo de la red de prestadores públicos, es una premisa del Plan de tal manera que se garantice el acceso, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas de la red. Especial prelación a la reducción de la mortalidad infantil y materna, a la ampliación

de la cobertura de vacunación al 95%, el desarrollo de acciones de educación y salud sexual y reproductiva, mantenimiento de la cobertura de la atención institucional del parto, la promoción de hábitos saludables de vida mediante campañas de actividad física para todos los colombianos; se destaca el propósito de avanzar en la reducción de las brechas regionales y poblacionales existentes conforme a los lineamientos de focalización para la población más pobre. Enfatiza en la necesidad de fortalecer el sistema de información de la protección social para el mejoramiento de la vigilancia en salud pública (Sivigila, reglamentado por el Dto. 3518 de 2006) (22).

El Plan otorga primacía al conjunto de intervenciones de alta externalidad, dirigidas a la colectividad y aquellas dirigidas a los individuos, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el Sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria; es decir, incluye el conjunto de intervenciones que en términos de la Ley 100 /1993 constituyeron el Plan de Atención Básica (PAB) y hoy en el marco de la Ley 1122 de 2007 el Plan Nacional de Salud Pública, de obligatoria adopción e implementación en el ámbito nacional, departamental y municipal.

El Plan de Desarrollo del Departamento de Caldas (26), incluye programas y subprogramas tendientes a la garantía de protección y alcance del derecho a la salud, se destacan: 1) El aseguramiento con el objetivo de garantizar la cobertura universal para asegurar el 95% de los ciudadanos afiliados al SGSSS en los dos regímenes. 2) Prestación y desarrollo de los servicios de salud para fortalecer la dotación de la red pública hospitalaria, reorganización y diseño de las IPS públicas, y

actividades de inspección, vigilancia y control de la red hospitalaria del departamento. 3) Plan departamental de salud pública, cuyo objetivo es la adopción e implementación de las directrices fijadas por el Plan Nacional, consultando los perfiles de morbimortalidad y demográficos del departamento. 4) Programa departamental de promoción y prevención de la atención integral de la salud mental y la farmacodependencia. 5) Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. 6) Eje programático de emergencia y desastres. 7) Desarrollo del plan piloto de equipos extramurales de promoción y prevención.

El Plan del municipio de Manizales (27), conserva similar estructura programática, que el plan departamental, a saber: 1) Programa de afiliación al sistema de seguridad social (aseguramiento) con los subprogramas de: a) Fortalecimiento de la vigilancia y control de los planes obligatorios de servicios en todos los regímenes, b) Fortalecimiento de la gestión administrativa del aseguramiento de la población. 2) Prestación y desarrollo de servicios de salud individuales, con los subprogramas de: a) Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud, b) Mejoramiento de la calidad de la atención en salud, c) Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas. 3) Prestación y desarrollo de servicios de salud colectivos y vigilancia de salud pública con subprogramas de: a) Implementación del plan de intervenciones colectivas de promoción de la salud y prevención de riesgos biopsicosociales y del ambiente, b) Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y la gestión del conocimiento, c) Fortalecimiento de la gestión, competencia y capacidad en salud pública. 4) Promoción social en salud, con subprogramas de: a) Fortalecimiento de las acciones de intervención en poblaciones sociales vulnerables, b) Promoción y fortalecimiento de la participación social en salud con grupos sociales especiales. 5) Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. 6) Preparación y respuesta para emergencia y desastres.

El Plan de Desarrollo del Departamento de Caldas y del municipio de Manizales contemplan estrategias y programas tendientes al cumplimiento de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Especial énfasis le imprime el plan departamental de salud pública al fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios; por su lado, el plan municipal enfatiza tanto el accionar individual en la prestación de los servicios de salud, como el colectivo a través de los programas y subprogramas contentivos del plan de salud pública. Este conjunto programático de planes, consulta propósitos que son repetitivos para los diferentes períodos, situación que evidencia el incumplimiento sistemático de los propósitos, siendo el caso más concreto el alcance de la meta de cobertura universal.

Función de la Corte Constitucional en la garantía de protección del derecho

La Carta del 91, desarrolló el marco de Estado social de derecho, su fin último es el direccionamiento y defensa de la dignidad humana, debiendo esto ser el espíritu orientador de las políticas públicas. De allí, que la carga axiológica de la Carta no puede ser retórica. Como desarrollo trascendental la Constitución creó la Corte Constitucional con la función de sentar lineamientos jurisprudenciales contundentes para la protección de los derechos fundamentales y de aquellos que por su conexidad adquieren esa categoría, caso del derecho a la salud y la seguridad social. La Corte sentó un conjunto doctrinal en torno al concepto de dignidad humana estrechamente relacionado con el derecho a una preservación y/o restauración de condiciones de salud que hagan viable una vida con calidad.

En numerosas disposiciones constitucionales, que son reiteradas en los tratados internacionales sobre derechos humanos, se contempla la protección a elementales garantías y derechos de la persona, como el de la vida en condiciones de dignidad, la salud en conexión con ella, la integridad personal, la libre circulación por el territorio nacional,

el trabajo, el derecho a una vivienda digna, la educación, la alimentación mínima, entre otros derechos. La Corte ha hecho referencia al carácter de derecho fundamental del concepto normativo del “respeto de la dignidad humana” y a la relación que existe entre éste y la garantía de las condiciones materiales de existencia. En la Sentencia T-881 de 2002 afirmó la Corte:

“El derecho a la dignidad humana, se constituye como un derecho fundamental autónomo, y cuenta con los elementos de todo derecho: un titular claramente identificado (las personas naturales), un objeto de protección más o menos delimitado (autonomía, condiciones de vida, integridad física y moral) y un mecanismo judicial para su protección (acción de tutela). Se consolida entonces como verdadero derecho subjetivo” (28).

La Corte da un trato autónomo e independiente al derecho a la salud, como un derecho fundamental, aceptando que la preservación y el restablecimiento del estado de salud tiene facetas prestacionales y no prestacionales, pero ello no implica que al ser la salud un derecho progresivo, el Estado no esté en la obligación de realizar políticas y programas que permitan su efectividad; ha expresado la Corte: “[...] El carácter progresivo de la prestación no puede ser invocado para justificar la inacción continuada, ni mucho menos absoluta del Estado [...]” (29). Por tanto, la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente por lo menos la existencia de una política pública, orientada a garantizar el goce efectiva del derecho y para el caso específico del derecho a la salud su goce efectivo se visualiza a través del diseño y de la implementación efectiva y sistemática del conjunto de procedimientos, intervenciones en los niveles de promoción, protección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud y de la atención en los niveles de complejidad requeridos.

Ha sido protagónico el papel de la Corte; recientemente en su función de garantía del derecho marcó un hito con la expedición de la Sentencia T-760 de 2008 (30) en la cual hay pronunciamientos que emplazan a las instancias gubernamentales a prestar los servicios de salud sin mediar una acción judicial. Inicia la sentencia con un tono de reproche: “Los órganos responsables de lo que podría denominarse genéricamente la regulación del sistema de salud no han adoptado decisiones que les garanticen a las personas su derecho a la salud, sin tener que acudir a la acción de tutela” (30). La sentencia acumuló un conjunto de casos conocidos en revisión y decididos, en los que se invocaba la protección del derecho, obteniendo una muestra comprensiva del tipo de problemas que llevó a los tutelantes a acudir a la justicia constitucional en procura de la satisfacción de sus derechos; en ella tipifica nueve supuestos de grave violación del derecho a la salud y fija las reglas para corregirlas.

El Magistrado Ponente, Manuel José Cepeda, expresa en torno a los hallazgos más preocupantes y que justificaron los términos de la sentencia:

“Lo más importante es que los problemas que usualmente resuelven los jueces de tutela pueden ser superados, si se sortean unas fallas en la regulación y en la vigilancia del sistema de salud. De esta manera, el regulador y el vigilante con las normas vigentes, pueden tomar decisiones que aseguren que las personas recibirán una protección más rápida y eficiente de ese derecho” (31).

La Corte consideró que vulneraban la dignidad humana, conductas tales como: negar servicios requeridos, aduciendo no estar incluidos en el POS; negar los ordenados por el médico tratante y que el interesado no tiene para costearlo; exigir la cancelación previa de un pago moderador si el interesado no puede cubrirlo; argumentar en caso

de niños que la vida no está en peligro; negar servicios ordenados por un médico especialista no adscrito a la entidad respectiva pero que trata a la persona; aducir el incumplimiento de los aportes de salud; interrumpir tratamientos con el pretexto de haber transcurrido un mes luego de que la persona dejó de cotizar o aducir para ello la condición de desempleo de ésta; negar la afiliación al sistema, no obstante haber cumplido con el tiempo de traslado; omitir u obstaculizar la respuesta al derecho de petición del usuario; interpretar restrictivamente los tratamientos del POS (30).

La Corte amplía el conjunto de factores que conlleva la protección y garantía del derecho; si bien persiste la contradicción entre el reconocimiento de un derecho a las salud que tiene limitaciones y la afectación o no del núcleo esencial de derecho que se materializa en la vida, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, es nuevamente un reconocimiento a una concepción de salud que va más allá de sólo la ausencia de enfermedad y las afecciones físicas e integra un conjunto de factores que disfrutados por los ciudadanos propician el cumplimiento de los fines para los cuales es importante vivir. Persiste esa línea divisoria de identificación entre el límite

del derecho y los componentes de racionalidad que deben de orientar cualquier sistema de salud, siendo necesario como expresa Rojas: “en el contexto moderno de prestación de los servicios de salud [...] buscar el equilibrio entre la primacía del bienestar del paciente (principio de beneficencia), la autonomía del paciente y la promoción de la justicia en el sistema de salud, incluyendo la distribución equilibrada de los recursos” (32).

Ha cumplido la Corte una función trascendental como determinadora de políticas públicas en el alcance y la protección del derecho a la salud. Al interrogante: ¿Son políticas públicas las decisiones de la Corte Constitucional?, la respuesta es: Sí; efectivamente en las dos últimas décadas, la justicia colombiana no sólo ha experimentado profundas transformaciones sino que ha entrado con mucha fuerza en la dinámica política hasta el punto de que pronunciamientos de la Corte Constitucional han contribuido de manera eficaz a fijar políticas de alcance y garantía del derecho de protección del derecho a la salud, caso de la Sentencia T-760/2008 (29).

- **Percepción de usuarios del SGSSS sobre el derecho a la salud**

Gráfica 1. Características sociodemográficas.



Un 68,2% correspondió a afiliados al régimen contributivo, 28,9% régimen subsidiado, población pobre no afiliada 1,9% de la población. El 57,6% de los afiliados al régimen contributivo eran mujeres, 42,4% hombres; en el régimen subsidiado 75,2% mujeres, 24,8% de sexo masculino.

El 41% de la población afiliada al régimen contributivo tenía un nivel educativo de bachillerato y un 13,9% con un bachillerato incompleto, similar comportamiento en porcentajes menores se observó en los afiliados al régimen subsidiado, a saber: bachiller 26,4%, bachillerato incompleto 26,4%, nivel profesional 8,3% en el contributivo y 2,5% en el subsidiado. El 22,3% de población de régimen subsidiado tenía formación de primaria, en el contributivo 10,8%. Un 1,4% de formación postgraduada en afiliados al régimen contributivo.

Los porcentajes de afiliación mayores a EPS-EPSS se observaron en: el 21,5% EPS Salud Total, SolSalud 12,8%, Salud Vida 12,6%, Seguro Social (actualmente Nueva EPS) 11,5% Servicio Occidental de Salud (S.O.S) 10,3%, Salud Coop 8,7%, Coomeva 7,9%, CafeSalud 2,8%. Según nivel educativo: el 3,3% de la población no reportó estudios, un 37% formación de bachiller, en su orden 17,3% bachillerato incompleto, formación profesional 6,4%, con título de postgrado 0,9%. En estratos 2 y 3 se ubicó el 59,3% de la población, estratos 4 y 5 (9%), un 0,5% en estrato 6. Un 25,1% no respondió.

- **Conocimiento de derechos como ciudadano**

Gráfica 2. Conocimiento de los derechos como ciudadano.



EL derecho a la salud se listó con mayor frecuencia, seguido de educación, trabajo y vida. Se evidencia una relación entre conocimiento de derechos y nivel educativo; a mayor formación, mayor conocimiento de derechos como ciudadano, entre estos el de salud: con formación de bachillerato (80%) enunciaron el derecho a la salud, formación postgraduada (75%), en niveles de formación de primaria incompleta y sin educación (57,5% y 57%).

Percepción de la salud como derecho

El 91% de la población objeto de estudio percibió la salud como un derecho. En similar porcentaje (91%) hombres y mujeres coincidieron en este concepto. Según el tipo de régimen el 90% de los usuarios del contributivo y el 95% del subsidiado, perciben la salud como derecho en Colombia; sin embargo, las respuestas en términos positivos y negativos argumentan la vulneración del derecho.

Argumentos en favor de la percepción positiva de la salud, son: “Es un derecho que debe ser a cargo del Estado y amparado constitucionalmente”, “Existe una infraestructura de servicios de atención a los diferentes niveles para su cumplimiento”, “Es un derecho inherente a la condición de ciudadanía” (33).

La percepción negativa se sustenta en argumentos como: “No es un derecho”, “Su prestación frecuentemente debe ser asumida por los usuarios”, “Es un derecho que no se cumple”, “Se debe acudir a instancias judiciales para su efectividad”, “No hay garantías para la prestación eficiente de los servicios de salud” (33).

- **Requerimientos de atención en salud y gasto de bolsillo**

El 89% de la población de régimen contributivo, requirió atención en salud (2008, 2007-2006 y anterior a 2005) y en el subsidiado un 93%. El 70,8% de la población afiliada al régimen contributivo y el 43% de régimen subsidiado refirió haber incurrido en gastos de bolsillo.

Exámenes, medicamentos, cuotas moderadoras y copagos ocasionaron en mayor proporción las erogaciones de bolsillo de los ciudadanos; en menor porcentaje consulta médica, odontológica y consulta particular. Los costos de la atención en salud generaron barreras de acceso a cirugías, consulta médica general, consulta médica especializada, exámenes diagnósticos, medicamentos. Los hallazgos evidenciaron barreras de acceso para: medicamentos, un 18,5% en afiliados al régimen contributivo y un 13,2% en régimen subsidiado; inaccesibilidad a la consulta médica especializada, contributivo el 15,4% y en subsidiado 9,1%; en porcentajes menores consulta médica, 14,7% en contributivo y 9,1% en subsidiado; exámenes diagnósticos, 5,2% en contributivo y 9,1% en subsidiado. Se evidencian barreras de acceso a cirugías (contributivo 3,1%, subsidiado 3,3%) y servicios de hospitalización (3,5% contributivo y 3,3% en subsidiado).

- **Conocimiento sobre mecanismos de protección del derecho a la salud**

La Tabla 1 evidencia el siguiente comportamiento de los mecanismos de protección del derecho a la salud.

Tabla 1. Mecanismos de protección del derecho enunciados vs. número de recursos listados. Manizales 2008.

# de medios de protección del derecho enunciados / Frecuencia	#	%
Enunciación de 1 mecanismo	207	80,9
Enunciación de 2 mecanismos	43	16,8
Enunciación de 3 mecanismos	6	2,3
Total	256	100

En porcentajes mayores se enunció la acción de tutela, como forma de protección del derecho a la salud.

La percepción sobre la protección del derecho a la salud en Colombia y su relación con el tipo de régimen de afiliación al SGSSS, se evidencia en la Tabla 2.

- **Percepción sobre protección del derecho y tipo de régimen**

Tabla 2. Percepción sobre la protección del derecho a la salud en Colombia vs. tipo de Afiliación. Manizales 2008.

			AFILIACIÓN AL SGSSS			
			Contributivo	Subsidiado	Pobre no afiliado	Listado Censal
¿El derecho a la salud está protegido?	Si	Nro.	176	87	2	1
		%	63,1	72,5	25,0	100,0
	No	Nro.	103	33	6	0
		%	36,9	27,5	75,0	0,0
Total		Nro.	279	120	8	1
		%	100	100	100	100

El 63,1% de población encuestada de régimen contributivo y el 72,5% en el subsidiado perciben que el derecho a la salud está protegido en Colombia; en sentido negativo el 36,9% de población de régimen contributivo y un 27,5% en régimen subsidiado.

Análisis multivariado

El objetivo del método multivariado de clasificación (AC) es la detección de grupos de personas semejantes en sus respuestas al cuestionario. Busca la identificación de clases, de tal manera que los grupos o clases formados en cada clase sean tan homogéneos como sea posible en sus respuestas a las preguntas y que las observaciones que pertenecen a distintos grupos sean muy diferentes. Una vez obtenidas las clases se buscan los motivos por los cuales los encuestados están en la misma

clase, es decir, cuáles han sido las variables, categorías de respuestas que les han conducido a la misma clase. Se busca una caracterización de los individuos de cada grupo describiendo sus respuestas más representativas. En el estudio se empleó el método de clasificación jerárquico. Se identificaron en el estudio tres clases que se describen a continuación:

- **Clase 1**

Formada por el 27% de los encuestados, mujeres en su mayoría, del sector rural de Manizales, han requerido atención en salud, pertenecen al régimen subsidiado, no saben cómo hacer valer sus derechos en salud, pero consideran que los subsidios han facilitado el acceso a los servicios de salud. Asisten principalmente a Asbasalud.

- **Clase 2**

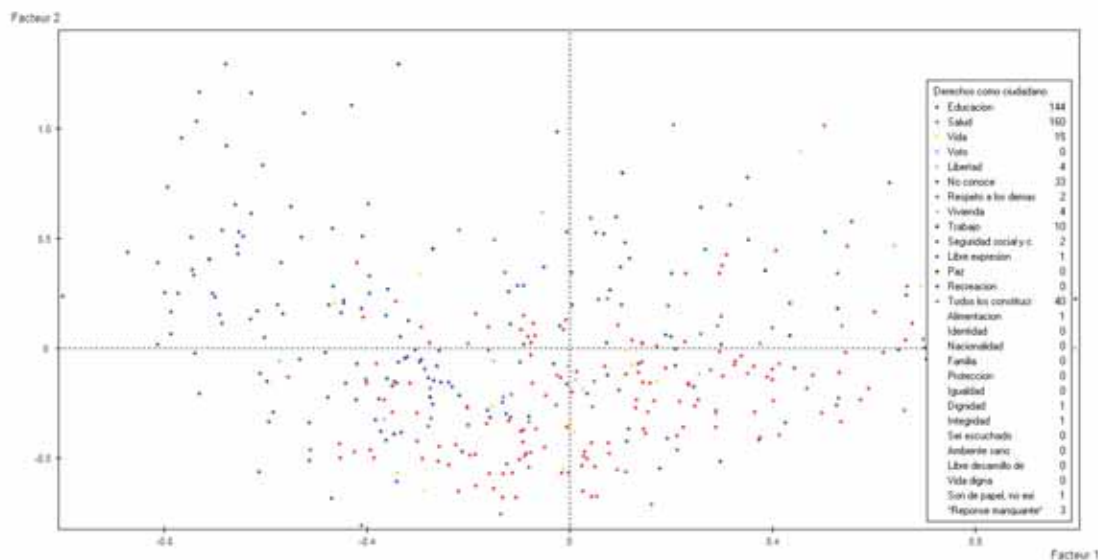
Constituida por el 10% de los encuestados, generalmente hombres menores de 20 años. No han requerido atención en salud, refieren que se deben dar más subsidios a las personas sin recursos económicos, y consideran el derecho de petición como la mejor manera de hacer valer sus derechos. Como se puede ver, este grupo es de los indiferentes.

- **Clase 3**

Formada por el 64% de los encuestados, de la zona urbana, el 70,5% de los pertenecientes a este grupo requirió atención en salud, atención que les ha

generado gastos (copagos y cuotas moderadoras), pertenecen al régimen contributivo, asisten a la Rita Arango y Salud Total. Consideran que pueden hacer valer sus derechos vía tutela y manifiestan que el derecho a la salud *no está protegido*. Manifiestan, también, que los costos de los servicios de salud le han impedido acceder a consulta médica especializada. Han requerido atención médica en todos los periodos categorizados en el estudio. Muchas de las personas de este conglomerado han tenido que asumir los costos de los servicios de salud. Al igual que los encuestados de los otros grupos, consideran que deben haber subsidios para personas sin recursos económicos. El siguiente plano factorial evidencia el conocimiento de los derechos como ciudadanos.

Gráfica 3. Plano factorial de los encuestados según el conocimiento de derechos como ciudadano.



El plano demuestra que derechos como educación y salud son los que más conocen los encuestados.

Percepción de actores de política pública, Manizales 2008

Con relación al cumplimiento de los principios de universalidad, eficiencia y universalidad, los actores concuerdan en: la universalidad aún no se logra, prueba de ello es el denominado “paseo de la muerte al que se ven enfrentados los colombianos en el día a día”. El principio más efectivo es el de la universalidad, sin embargo aún existe población que no está afiliada al sistema. El principio más cuestionado es de eficiencia. Para los actores el enunciado del Art. 49 de la C.P. se quedó en retórica; persisten barreras de acceso que hacen que el servicio de salud no se preste con la integralidad y eficiencia requerida. Los servicios de menor complejidad son más eficientes, a mayores niveles de complejidad se evidencian mayores barreras de acceso en la atención en salud. Hay desconocimiento por parte de los usuarios sobre los principios que deben orientar la prestación de los servicios de salud. El derecho a la salud es un derecho vulnerado y esto afecta otros derechos como el de la vida, esta afirmación se evidencia en el número creciente de tutelas que a diario conocen y conceden los jueces. El principio de universalidad debe ser omnicompreensivo, esto es, que cubra no sólo a toda la población, sino a todos los servicios requeridos por los pacientes. Las tutelas demuestran a diario que el sistema no es eficiente.

Los actores perciben que los desarrollos normativos no han favorecido la protección y alcance del derecho a la salud, argumentan: “Si la normatividad en salud fuera eficaz, no habría necesidad de interponer la acción de tutela para defender los derechos. Con la implementación de la Ley 100/93 lo que se obtuvo fue la desprotección del derecho a la salud de los colombianos, hay que lograr mejor regulación” (34). El concepto positivo sobre los desarrollos normativos, se sustenta en argumentos como: “Las normas son buenas, pero hay desconocimiento por parte de los usuarios, se requiere más capacitación e información sobre

los derechos y deberes”, “Hay instituciones que brindan capacitación, caso de la Procuraduría, la Alcaldía de Manizales”, “Hay sistemas de participación ciudadana: veedurías, juntas de acción comunal, juntas directivas de entidades de salud; los usuarios en su mayor porcentaje desconocen las instancias de participación comunitaria”, “La avalancha de normas confunde al usuario, a los abogados y al personal técnico y tiene en aprietos al aparato legislativo del país”, “Esta avalancha normativa ha confundido al país, sin embargo, en algunos aspectos y debido a fallos del Consejo de Estado o de la Corte Constitucional se enfatiza mucho en los derechos y se desconoce la parte de deberes de los usuarios, hay demasiados derechos y poco énfasis en deberes”, “No hay desarrollos normativos en salud, las normas expedidas sólo han buscado regular situaciones circunstanciales o puntuales no de fondo”, “Es posible que la proliferación de normas actúe de forma regresiva frente a las dinámicas y eficiencia en el proceso” (34).

La percepción de los actores sobre las políticas públicas de protección del derecho a la salud, arroja los siguientes resultados: “Hay un escaso presupuesto para ejercer el control, priman intereses partidistas y de carácter económico en la prestación del servicio”, “Las políticas pueden estar bien diseñadas, pero a la hora de hacerlas efectivas se tropieza con la falta de recursos que permitan dar cumplimiento a las metas” (34). “El giro de los dineros de forma inadecuada e inoportuna impiden el cumplimiento de las metas propuestas”, “El Estado no ha garantizado: a) La vigilancia eficiente de los actores que intervienen en el sector, b) El correcto flujo de recursos destinado a cubrir los costos del sistema, c) El funcionamiento del Sistema de Inspección, vigilancia y Control (IVC). La intermediación retarda los trámites”, “No existe una política coherente en promoción y prevención, el sistema está fraccionado, no hay cumplimiento de los estándares de calidad en el sistema”, “El control de la Superintendencia es nulo. En conclusión, sólo el juez protege el

derecho del paciente vía tutela” (actor de rama judicial), “Hay avance en el tema de coberturas, pero es necesaria la implementación de políticas institucionales más agresivas, para proteger el derecho en su verdadera extensión. El impacto de la acción de tutela en el acceso y prestación del derecho a la salud evidencian la no aplicabilidad de la normativa y la falencia en las políticas de alcance y protección del derecho” (34).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los hallazgos evidencian similitudes con lo expresado por otras instancias de carácter internacional y nacional, en relación con las diferencias entre los mandatos normativos de protección y alcance del derecho y lo que se presenta en el momento de hacerlo efectivo. En afirmaciones como las siguientes, se ratifica esta discrepancia:

1. La Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, en su declaración inicial afirmó:

En 1978, en la Conferencia del Alma Ata, ministros de 134 Estados miembros, conjuntamente con la OMS y la UNICEF, lanzaron la proclama de ‘Salud para Todos al Año 2000’ y escogieron los cuidados de salud primaria como la mejor opción para lograrla. Desgraciadamente ese sueño nunca se hizo realidad. El estado de salud de la población en los países del tercer mundo no se ha mejorado. Es más, en muchos casos se ha deteriorado (35).

Y en su declaración para la salud afirma:

“ Tanto los gobiernos como los organismos internacionales han de considerarse responsables de esta deterioración. Es hoy indispensable concentrarse en un esfuerzo

internacional para reubicar las metas de salud para todos en su lugar justo, en los planes de desarrollo. Iniciativas genuinamente centradas alrededor de las necesidades en salud de las mayorías, deberán, por lo tanto, ser reforzadas para aumentar la presión a ejercerse sobre los tomadores de decisiones, sobre los respectivos gobiernos y sobre el sector privado para así asegurarse de una vez de que los principios visionarios de Alma Ata se hagan realidad ”(35).

2. En el marco del III Foro Social Mundial de la Salud, realizado del 25 al 27 de enero del 2009, se afirmó:

“Tenemos que luchar por lo que es necesario para todas y todos y no más por lo que es meramente posible, disfrazado en la forma de focalizaciones para los más pobres. Por lo tanto la tarea es dimensionar los per cápitas necesarios para cada necesidad social, reconociendo las necesidades diferenciales encontradas en el grado de desarrollo de respuestas existentes y en la dimensión de la deuda social, reconociendo las necesidades derivadas del momento del ciclo vital en que cada uno está – de la infancia hasta la vejez–, de donde viven –en la floresta, en el campo, en las áreas urbanas–, desde la condición social de su identidad étnica – particularmente indígenas y negros–, de la identidad sexual, mas sobretodo de la condición de clase social y de las condiciones estructurales que la definen ”(36).

3. Previa a la 62 Asamblea General (18 al 22 de mayo/09, Ginebra Suiza) las organizaciones de la sociedad civil y los movimientos sociales de todo el mundo reunidos del 15 al 16 de mayo de /2009 en Ginebra, en el Foro sobre Equidad, Justicia y Salud y se instó a los Estados a propiciar medidas como:

1. Privilegiar los intereses de la gente y de la salud pública sobre los intereses comerciales y corporativos.
2. Adoptar un enfoque basado en derechos, incluyendo la total ratificación del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).
3. Establecer un calendario para alcanzar la salud para todos, incorporando diferentes estrategias según los contextos locales.
4. Reconocer el papel central y la responsabilidad de los gobiernos en garantizar el acceso universal a la salud, además de reconocer el papel actual de la comunidad y las organizaciones religiosas en la Atención Primaria de la Salud (37).

De otra parte, en el estudio *“Derecho a la Salud - situación en países de América Latina”*, liderado por la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo (PIDHDD) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), cuyo propósito es: “aportar una visión conjunta sobre la situación del derecho a la salud que permita articular como movimiento social regional y trazar objetivos y estrategias comunes [...] y promover una posición cada vez mejor argumentada ante los diferentes organismos multilaterales y la sociedad civil sobre el presente y futuro de la protección de la salud [...]” (38), para el caso colombiano, el estudio se tituló *“El Mercado no es para todos y todas”*, y los hallazgos muestran que:

“Con respecto a la universalidad se puede concluir que la Ley 100 a pesar de haber aumentado coberturas de aseguramiento, muestra una gran debilidad, al no lograr lo prometido y evidenciar un retroceso en el aspecto de acceso real a los servicios de salud; situación que no va a mejorar en la medida en que el modelo se soporta sobre el empleo formal y en el actual escenario de la crisis económica, desempleo e informalidad, se hace

cada vez más inviable, tanto por la vía de los cotizantes directos como por la de la focalización del seguro para los pobres [38].

Y afirma:

Al indagar sobre la calidad de los servicios una investigación de la Defensoría del Pueblo arrojó como resultado de la evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS y ARS, un incumplimiento de estas instituciones en los aspectos de promoción y prevención, ya que el 64% de los encuestados (de una muestra total de 3586) manifestó no haber sido invitado a participar en ningún tipo de programa [...] y [...] los hallazgos evidenciaron que en relación con el uso efectivo de los servicios de salud las razones más frecuentes para no acudir a éstos tienen que ver con los costos que genera, bien por las cuotas moderadoras y los copagos en el régimen contributivo, o por el pago porcentual que se debe hacer del costo de los servicios en el régimen subsidiado(38).

Por último en respaldo a la afirmación del presente artículo: *“Del papel a la realidad”*, se menciona lo expresado en el documento: “Así van los derechos humanos, económicos, sociales y culturales, insumo para la elaboración del informe alterno al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas” (39) en relación con el acceso y utilización de los servicios de salud:

“Con la formulación de la Ley 100 se estableció un nuevo orden institucional para la prestación de los servicios donde la organización de los mismos no se centra en la territorialidad, sino en un esquema de aseguramiento centrado en lo individual. Ese esquema ha establecido una relación contractual individual entre el usuario

y la aseguradora, quien a través del cobro de una prima media debe asumir la prestación del servicio asegurado, lo que ha llevado a una organización de los servicios fragmentada por la lógica del mercado y no por las necesidades de la población, con lo cual se presentan múltiples dificultades para acceder a una atención oportuna y de calidad. Esta es una de las razones por la cual la población recurre permanentemente a los mecanismos jurídicos de la acción de tutela, derechos de petición y peticiones informales que, aunque no requieren activarse a través de un abogado(a), en la práctica implica disponer de una asesoría “especializada” para adelantarse” (39).

Las evidencias permiten concluir que existe un conjunto de disposiciones de carácter internacional que le imprimen al derecho una visión integral, que reconocen su multideterminación y la necesidad de protección y garantía de la salud como condición necesaria para el disfrute de otra gama de derechos y para el pleno ejercicio de las potencialidades como ser humano. Es claro que: 1) Colombia cuenta con disposiciones de carácter constitucional, legal y reglamentario que procuran la protección de derecho a la salud, bajo sus principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Los instrumentos de políticas públicas plasmados en los planes de desarrollo contienen programas y subprogramas tendientes al cumplimiento de los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. 2) El criterio de conexidad del derecho a la salud, con derechos de carácter fundamental como el derecho a la vida, a la igualdad, vida digna, libre desarrollo de la personalidad, se torna en una manera expedita de protección del derecho. Sin embargo, es innegable el papel de la tutela como mecanismo de acceso y protección del derecho a la salud. A través de los fallos de tutela se le ha dado al derecho un carácter de fundamental por tres vías: a saber: a) Estableciendo su conexidad con el derecho a la vida, el derecho

a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, aspecto que ha contribuido a identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y a admitir su tutelabilidad; b) Reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, esto ha contribuido a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; y c) Mediante el reconocimiento de la fundamentalidad del derecho a la salud, en lo que respecta a un ámbito básico.

Además la Corte Constitucional ha reconocido la multideterminación del proceso salud-enfermedad: “la salud es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo” (40). La salud no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso, así pues la salud no sólo consiste en la ausencia de afecciones y enfermedades en una persona.

Se dispone de un conjunto normativo (Art. 35 a 41 de la Ley 1122 de 2007) de inspección, vigilancia y control (SIVC) liderado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) que incluye el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios de salud pública, la atención al usuario y la participación social que incluye facultades para adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar o administrar las entidades vigiladas por el sistema de seguridad social en salud.

Del papel a la realidad, es lo que refleja la percepción de los actores y los usuarios de los servicios de salud en Manizales. Si bien, en porcentajes significativos los usuarios conocen el derecho a la salud y a la educación, existen disparidades frente a la posición que debe ejercer el Estado colombiano para lograr la efectiva protección del derecho a la salud, así como también, se evidencia en los hallazgos que la tutela es el mecanismo de

protección más conocido y también se destaca que usuarios tuvieron necesidad de instaurarla ante la dificultad de acceder a los servicios de salud requeridos en un momento dado.

CONCLUSIÓN

La siguiente idea consulta la conclusión más importante del estudio:

“Lo único claro es que si las políticas públicas no se cumplen y no se hacen realidad, no importa que sea el gobierno el legislativo o el poder judicial el que tome la decisión, quienes pierden son los ciudadanos y por ende la confianza que éstos puedan tener en sus instituciones ”(41).

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece al siguiente grupo de profesionales que hicieron parte de la investigación: El derecho a la salud: Políticas Públicas Vs la percepción de actores y grupos de Población. Manizales, 2008.

Kelly Andrea Osorio Rodríguez¹, Martha Patricia Vélez² **, Blanca Cecilia Largo Hernández³ **, Diana Marcela Palacio⁴ **, Manuel Correa⁵ **

La autora agradece la colaboración de los estudiantes del Consultorio Jurídico de la Universidad de Caldas que hicieron su pasantía en el segundo semestre académico de 2007 y primer semestre académico de 2008. Al profesor Hernán Parra Sánchez por su colaboración en el manejo de la información y a la profesional Rubiela Fonseca Arias, asistente de la Corporación Cívica de Caldas, por su apoyo en la sistematización de las encuestas de los usuarios. Así mismo, a las entidades que brindaron apoyo: Universidad de Caldas, Corporación Cívica de Caldas y Secretaría de Salud del municipio de Manizales.

¹ Abogada. Docente catedrática. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. . Universidad de Caldas. Manizales. E-mail. kelandros@hotmail.com.

² Abogada. Directora Corporación Cívica de Caldas. Email. corpevicaldas@etb.net.co

³ Enfermera. Funcionaria Secretaria de Salud. Municipio de Manizales E-mail: blargohe@alcaldiamanizales.gov.co.

⁴ Directora Consultorio Jurídico Universidad de Caldas.E-mail. Directora Consultorio Jurídico Universidad de Caldas.

⁵ Asistente. Consultorio Jurídico. Universidad de Caldas. Manizales. E-mail: manucobe@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García M G. Por un país al alcance los niños. 2 ed. Villegas Editores. Bogotá Colombia; 1998
2. Nussbaum M. Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la Justicia social. Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones en Filosofía y Derecho. Teoría de los derechos No. 9. Bogotá, 2005. p. 30.
3. Sentencia T-224 de 1997. M.P. Carlos Gaviria Díaz. [Internet] Disponible en <http://web.minjusticia.gov.co/jurisprudencia/CorteConstitucional/1997/Tutela/T-224-97.htm>. Consultado: Enero 31 del 2009.
4. Nussbaum M., Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la Justicia social. Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones en Filosofía y Derecho. Teoría de los derechos No. 9. Bogotá, 2005. p. 7.
5. Daniel N. Parámetros de justicia y monitoreo de la equidad: Apoyo a un programa de la OMS. En: Salud y Gerencia. Universidad Javeriana. Programa de postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. No. 16. Enero - Julio. 1998. Bogotá. pp. 7-8.
6. Datos estadísticos e información suministrada por la Subdirección de Aseguramiento Dirección Territorial de Salud de Caldas, cálculos a partir de base de datos de SuperSalud. Fuente: FiduFosyga (agosto 2007). Régimen subsidiado y población pobre no afiliada. Base de datos régimen subsidiado. Secretaría de Salud Pública de Manizales. Estimación de población Manizales. Centro de Información y Estadística. Secretaría de Planeación. Alcaldía de Manizales.
7. Jobert B, Muller P. L'Etat en action. Corporatismes et politiques. Ed. PUF. París, 1987. p. 3.
8. Corte Constitucional, Sentencia T-010 de 2004 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. Citado en Sentencia T-760 de 2008. Op. cit., p. 1858.
9. ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Art. 25. 10 de diciembre de 1948. p. 14.
10. República de Colombia. Ley 74 de 1968. Diciembre 26. Por la cual se aprueban los “Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966”.
11. Art. 93: Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno [...]. Constitución Política de Colombia de 1991. Artículo 93. Bogotá: Gaceta Constitucional No. 127;1991.
12. Comité de derechos sociales, económicos y culturales. [Internet] disponible en: www.unhchr.ch/spanish/html/menu6/2/fs16_sp.htm#admis. Consultado en Febrero 2 de 2009.
13. Comité Internacional, Informe del Relator Especial. Disponible en: www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=473089c92.
14. Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Disponible en: www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm.
15. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Distr. GENERAL E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000. Disponible en: www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf. Consultado en febrero 2 de 2009.
16. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional No. 116. Bogotá, 1991. Disponible en: www.cna.gov.co/cont/documentos/legislacion/constitucion.pdf. Consultado en febrero 2 de 2009.

17. Constitución Política de Colombia. 5 ed. Bogotá: Legis Editores. Colección Códigos Básicos; 2000.
18. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993, 23 de diciembre. Sistema de Seguridad Social Integral. Diario Oficial, número 41148 de 23-12-93: 1-37. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248. Consultado en febrero 2 de 2009.
19. Congreso de Colombia. Ley 715 DE 2001 (diciembre 21). Diario Oficial No. 44.654, de 21 de diciembre de 2001. Notas de vigencia: Modificada por la Ley 1176 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.854 de 27 de diciembre de 2007, Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
20. República de Colombia. 2007. Ley 1122, de 9 de enero de 2007. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la república de Colombia. No. 46506. Congreso de Colombia;2007, pp. 1-18.
21. Colombia. 2007. Decreto No. 3039 de 2007. Agosto 10. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Año CXLIII. No. 46716. pp. 1-8.
22. Presidencia de la República. Decreto No. 3518. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.417 del 10 de Octubre del 2006. pp. 1-15. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16780DocumentNo5475.PDF.
23. Presidencia de la República. Decreto 1011 de abril 3 de 2006. Establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud en el SGSSS. Diario Oficial No. 46230 de abril 3 de 2006. Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975. Consultado en Febrero 3 de 2009.
24. Presidencia de la República. Decreto No. 4747 de diciembre 7 de 2007. Por el cual se regulan las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.
25. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Estado Comunitario desarrollo para todos. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/PND/PND20062010/tabid/65/Default.aspx Consultado en Mayo 6 de 2009.
26. Gobernación de Caldas. Ordenanza No. 593. Por medio de la cual se adopta el Plan de desarrollo de departamental 2008-2011. Para hacer de Caldas nuestra mejor empresa. Manizales;2008.
27. Acuerdo 680 de 11 de junio de 2008. Manizales, ciudad internacional de conocimiento con oportunidades para todos. Plan de desarrollo 2008-2011. Manizales. Julio. 2008. pp. 1-133.
28. Sentencia T- 881 de 2002. M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
29. Sentencia T-595 de 2002. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.
30. Corte Constitucional. Sentencia T-760. Sala Segunda de Revisión. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa. En: Tutela. Legis. Tomo IX No. 107. Noviembre 2008. p. 1803.
31. Cepeda MJ. Los problemas del sistema de salud pueden superarse, si se sortean las fallas de regulación y vigilancia. En: *Ámbito Jurídico*. Legis. 6 al 19 de octubre de 2008. p. 21.
32. Rojas NJ. El dilema entre el derecho individual y un sistema de salud sostenible. En: *Actualidad laboral y Seguridad Social*. No. 150. Noviembre-diciembre. 2008. Bogotá. p. 7.
33. Cita textual de lo afirmado por usuarios entrevistados.
34. Cita textual. Afirmaciones de actores entrevistados.
35. Movimiento para la Salud de los Pueblos. Declaración para la salud de los pueblos. Disponible en: <http://www.phmovement.org/cms/es/es/resources/charters/peopleshealth>. Consultado en: junio 9 de 2009.

36. III Foro Social Mundial de la Salud 25 a 27 de Enero de 2009. [Internet] Disponible en: www.phmovement.org/cms/es/home?destination=home. Consultado en: junio 7 del 2009.
37. Pre-Asamblea Mundial de la Salud, Foro de la Sociedad Civil “Equidad, Justicia y Salud”. 15 y 16 de mayo/2009. Disponible en: www.phmovement.org/cms/es/node/2027. Consultado: Junio 7 del 2009.
38. Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos democracia y Desarrollo. Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/indice.pdf. Consultado en junio 9 del 2009.
39. Insumos para la elaboración del III informe de la sociedad civil al comité de derechos económicos, sociales y culturales cdesc. Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo. Bogotá. Octubre de 2008. Así van los derechos humanos. Disponible en: www.pidhdd.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=127&task=view.download&cid=57. Consultado en junio 9 del 2009.
40. Corte Constitucional. Sentencia T- 597 de 1993. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
41. Durán D. ¿Son Políticas públicas las decisiones de la Corte Constitucional? Aproximaciones al concepto de política pública y su relación con las decisiones judiciales. Observatorio de Justicia Constitucional - Universidad de los Andes. En: Revista Tutela. Legis Editores. Tomo IV. No. 37. Enero de 2003. Bogotá. p. 188.