

 Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña - Colombia Vigencia 1993-2013	UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA			
	Documento	Código	Fecha	Revisión
	FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO	F-AC-DBL-007	10-04-2012	A
	Dependencia	Aprobado		Pág.
DIVISIÓN DE BIBLIOTECA	SUBDIRECTOR ACADÉMICO		i(52)	

RESUMEN – TRABAJO DE GRADO

AUTORES	DANIELA ROCHEL VERGEL		
FACULTAD	FACULTAD DE EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES		
PLAN DE ESTUDIOS	PLAN DE ESTUDIOS DE DERECHO		
DIRECTOR	DR. FREDY ALONSO QUINTERO JAIME		
TÍTULO DE LA TESIS	EL DERECHO A LA SALUD Y SU PRIMACÍA FRENTE A LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD CREADAS EN LA LEY 100 DE 1993		
RESUMEN (70 palabras aproximadamente)			
<p>LA MONOGRAFÍA ENMARCA UN ANÁLISIS JURÍDICO FRENTE A LA AUTONOMÍA DE LAS EPS CREADAS COMO SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE LA MONOPOLIZACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA, A TRAVÉS DEL CUAL SE PUEDE CONCLUIR QUE EXISTEN DOS CAMINOS JURÍDICOS A PARTIR DE LA SURGIMIENTO DEL NUEVO SISTEMA DE SALUD EN EL CUAL SE BLINDA JURÍDICAMENTE EL DERECHO A LA SALUD CONSAGRÁNDOLO COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL PERO A SU VEZ SE AMPLIA EL ÁMBITO DE SU MATERIALIZACIÓN POR PARTE DE LAS EPS DESENCADENANDO UN VACÍO NORMATIVO QUE HA GENERADO LA GRAVE CRISIS SOCIAL Y EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO PARA SALVAGUARDAD LA SALUD.</p>			
CARACTERÍSTICAS			
PÁGINAS:	PLANOS:	ILUSTRACIONES:	CD-ROM:



Vía Acolsure, Sede el Algodonal, Ocaña, Colombia - Código postal: 546552
 Línea gratuita nacional: 01 8000 121 022 - PBX: (+57) (7) 569 00 88 - Fax: Ext. 104
 info@ufpso.edu.co - www.ufpso.edu.co

**EL DERECHO A LA SALUD Y SU PRIMACÍA FRENTE A LOS TRAMITES
ADMINISTRATIVOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD CREADAS
EN LA LEY 100 DE 1993**

AUTORA

DANIELA ROCHEL VERGEL

Trabajo de grado en modalidad monografía para obtener el título de Abogada

DIRECTOR

DR. FREDY ALONSO QUINTERO JAIME

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES
PLAN DE ESTUDIOS DE DERECHO**

Ocaña, Colombia

Octubre, 2018

Índice

Capítulo 1. El derecho a la salud y su primacía frente a los trámites administrativos de las entidades promotoras de salud creadas en la Ley 100 de 1993.....	1
1.1 Línea de investigación.....	1
1.2 Tipo de monografía.....	1
1.3 Elección del tema.....	1
1.4 Delimitación del tema.....	1
1.5 Desarrollo del argumento.....	5
1.6 Metodología.....	7
Capítulo 2. La salud como derecho en el ordenamiento jurídico colombiano..	9
2.1 Perspectiva constitucional del derecho a la salud en Colombia.....	10
2.2 Perspectiva legal del derecho a la salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993.....	15
2.3 El derecho a la salud en jurisprudencia colombiana y su carácter de fundamental.....	21
Capítulo 3. Las Entidades Promotoras de Salud EPS en el espectro constitucional y legal en Colombia. Responsabilidad frente a la prestación del servicio de salud.....	28
3.1 Las EPS en el marco jurídico de Colombia.....	28
3.1.1 Obligaciones de las EPS en materia de salud.....	30
3.2 Entidades Promotoras de Salud y el derecho a la salud.....	32
Conclusiones	40
Referencias.....	42

Lista de Figuras

Figura 1. Régimen Contributivo	17
Figura 2. Régimen Subsidiado	18

Introducción

El derecho a la salud en Colombia ha tenido una connotación amparada en los lineamientos internacionales, pero con la adopción de la constitución Política de 1991 el panorama de reconocimiento se solidifica jurídicamente y se establece dentro de sus mandatos como un derecho prestacional y se regula la prestación del mismo a través de las disposiciones en atención, promoción y servicio de salud.

Dentro de ese orden jurídico en 1993 con la promulgación de la Ley 100 se promueve una nueva estructura para la prestación del servicio de salud a través de la cual se da vida jurídica a las entidades promotoras de salud denominadas EPS y también un amplio de acción a las mismas desde el ámbito administrativo.

Como parte de este vacío jurídico derivado en la ampliación de libertad para las EPS se ha originado una problemática como consecuencia del análisis de la presente monografía que busca establecer la primaría del derecho a la salud sobre los trámites administrativos de estas entidades entendiendo que la salud es un derecho fundamental en Colombia desde su reconocimiento en la Carta Política y el estudio de la Corte Constitucional.

Teniendo como base los argumentos propios de la propuesta de la monografía se presentan dos capítulos que desarrollan los objetivos planteados a partir de un desarrolla analítico del derecho a la salud y otro delimitando la responsabilidad de las EPS, a través del uso de la metodológica jurídica y apoyada en la hermenéutica jurídica.

Y finalmente se presentan las conclusiones propias del análisis de los capítulos que permiten evidenciar la problemática jurídica enmarcada en la investigación y su respuesta desde la crítica propuesta y desde los objetivos desarrollados a los largo de la monografía.

Capítulo 1. El derecho a la salud y su primacía frente a los trámites administrativos de las entidades promotoras de salud creadas en la Ley 100 de 1993

1.1 Línea de investigación

La línea de investigación para la presente monografía será la de derechos humanos, a través de la cual se abordará la temática de la primacía del derecho a la salud sobre los trámites administrativos para el acceso contemplados en la Ley 100 de 1993.

1.2 Tipo de monografía.

La monografía será jurídica, a través de la cual se abordará la problemática que se ha derivado en Colombia en cuanto a la materialización del derecho a la salud, cuando se interponen trámites administrativos contemplados desde la Ley 100 de 1993 por parte de las entidades promotoras de salud, EPS.

1.3 Elección del tema.

La elección del tema, se fundamenta en la reflexión que me permite hacer la experiencia vivida durante mi práctica jurídica en una Entidad prestadora del servicio de salud, en la que se evidenció una serie de problemáticas tras la creación de las EPS, que obstaculizan por sus procesos administrativos la primacía del derecho a la salud, siendo este un derecho fundamental desarrollado constitucionalmente y transversal a los demás derechos que garantizan la calidad de vida y el mínimo vital.

1.4 Delimitación del tema

En el artículo 48 de Nuestra Carta Magna se consagra el Derecho a la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley; garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. Además la Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley y no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

En consecuencia de la norma anterior, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiéndolo en su preámbulo como :

Conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen 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 desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la Salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.
(Ley 100 de 1993)

Basado de este modo en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Dividiéndose este en tres regímenes que son: Salud, Pensión y Riesgos Laborales.

Ahora bien, esta ley hace referencia al Derecho a la Salud y Sistema General de Seguridad Social Integral arrasando consigo el objetivo que tenían las legislaciones anteriores, puesto que a finales de los años sesenta Colombia contaba con 5 sistemas de atención sanitaria que eran;

1. Servicio Sanitario privado;
2. Seguro Obligatorio de Salud;

3. Centros de Atención a Pobres;
4. Sistema de Atención y Control de Epidemias y Enfermedades de Alto Impacto;
5. Prácticas Médicas Populares.

Dichos sistemas funcionaban correspondientemente y brindaban sus servicios de distintas maneras, cada una con un fin distinto, lo cual hacia tediosa la labor de control y vigilancia por parte del Estado a las funciones y servicios propios que integraba cada sistema.

Con el Decreto 056 de 1975, se crea el Sistema Nacional de Salud definido por el mismo como el “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la Salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación” (Presidencia de la Republica, Decreto 056 de 1975) con una política social clara en materia sanitaria convirtiéndose en un antecedente normativo fuerte en lo que respecta a la unidad del Sistema de Seguridad Social.

Con la reforma de 1936 hecha al art. 19 de la Constitución de 1886 se estructuró la atención en Salud no como un servicio público sino bajo el concepto de labor de caridad. Contrario a ello la Constitución del 91 reconoció la atención en Salud y la seguridad social como servicios públicos.

La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado (Constitución Política de Colombia, 1886)

En cuanto a la Constitución Política del 91 permite que el servicio público de Seguridad Social sea prestado por sujetos tanto públicos como privados, permitiendo el manejo del capital

sea manejado por estas empresas, dejando la prestación de la salud en manos de empresarios y estableciendo una nueva forma de lucrarse, lo que ha permitido la situación precaria y crítica de la salud hoy en día en Colombia.

Ahora bien, en cuanto a la problemática que ha surgido a partir de la creación de la Ley 100 del 93, en relación al Sistema de Seguridad Social en Salud ha sido el acceso a los servicios y a la atención sanitaria; ya que anteriormente se creía que al estar asegurados al sistema, se garantizaba el acceso y por ello se suponía que las leyes iban dirigidas a ampliar la cobertura y así permitir que la mayor cantidad de personas pudieran tener acceso a una atención en Salud. Es por eso que conforme a lo anteriormente dicho, diversos autores de análisis referentes a la problemática ha demostrado que aplicación de la Ley 100 del 93 no garantiza del todo el acceso a los servicios de Salud, es tan solo uno de los pasos que llevarán al Estado a garantizar el derecho a la Salud de todas las personas del territorio Nacional, mas no el único; el acceso efectivo al sistema se asegurará una vez se eliminen las trabas tanto internas como externas al sistema, que impiden el goce efectivo tanto a beneficiarios como a cotizantes. (Torres, 2013)

Una vez expuesta la problemática del sistema de salud en Colombia es preciso entonces inferir que la Ley 100 fue creada bajo unos parámetros que impide un amplio espectro para la garantía del derecho a la salud desencadenando la actual crisis que se vive en todo el país , por cuenta de un servicio que se presta a través de estas entidades pero que se regula de forma administrativa y por procesos con las EPS coartando el actuar para preservar y garantizar la vida del paciente de los hospitales y clínicas sobre decisiones administrativas que prevén un interés económico sobre el interés primordial y constitucional de la vida, la dignidad humana, la integridad y la salud del paciente al negársele o retrasar los traslados.

Finalmente, el propósito de la presente monografía de experiencia será analizar la problemática jurídica derivada de la extralimitación de funciones y poderes de las EPS en Colombia a partir de la Ley 100 que terminan coartando la garantía del derecho a la salud en Colombia. Para ello será necesario desarrollar un objetivo general y tres objetivos específicos de la siguiente manera:

Objetivo General

Analizar jurídicamente la primacía del derecho a la salud frente a los trámites administrativos de las EPS a partir de la ley 100 de 1993.

Objetivos específicos

Estudiar e identificar el espectro jurídico, jurisprudencial y constitucional del derecho a la salud en Colombia, a partir de su reconocimiento en la Carta Política de 1991.

Establecer un análisis de la responsabilidad de las entidades promotoras de salud EPS, para la garantía del derecho a la salud sobre los trámites administrativos.

Reflexionar sobre la primacía del derecho a la salud en Colombia frente a los trámites administrativos de las EPS a partir de la ley 100 de 1993.

1.5 Desarrollo del argumento

¿Prima en Colombia el derecho fundamental a la salud sobre los trámites administrativos que llevan a cabo las entidades promotoras de salud EPS a partir de la promulgación de la ley 100 de 1993?

En Colombia el derecho a salud fue consagrado constitucionalmente desde el año 1991 como un derecho de segunda generación en la categoría de los económicos, sociales y culturales.

Progresivamente, este derecho consagrado constitucionalmente se desarrolló legalmente a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993 que redefinió el sistema de seguridad social que buscaba la garantía del principio de la universalidad, en el cual el usuario pudiese tener el derecho a elegir en que sistema de salud de acuerdo a sus condiciones sociales, económicas y demás.

Sin embargo, bajo la búsqueda de estas nuevas perspectivas y garantías jurídicas, no resultó siendo la mejor decisión legislativa, puesto que la desmonopolización del sistema de salud, convocó al nacimiento de las denominadas EPS, IPS, ARS y ARP, que han llevado hoy en día a una grave problemática en la prestación del servicio de salud, desnaturalizando la complejidad de este derecho y convirtiéndolo en negocio lucrativo.

Sin embargo ante las circunstancias de nuestra Colombia la Corte Constitucional como garante de los derechos fundamentales precisó que este no debía tener tal carácter sino el de fundamental puesto que este tiene un nexo causal con el derecho a la vida a través de las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos a quienes se les negaba o vulneraba dicho derecho.

Sin embargo lo cierto es que esta norma reguló el nacimiento de las entidades prestadoras del servicio de salud con unas funciones y prioridades como lo son la salud y los demás derechos fundamentales del paciente., pero que en la realidad y a partir del año 2011 se han descubierto varios escándalos de desvíos de los dineros para la corrupción ocasionando una crisis en la cual los hospitales y clínicas han tenido que terminar de forma unilateral los contratos de servicios con estas entidades por no reportar los pagos de años y que además ponen en peligro la prestación del servicio de estas entidades.

Toda esta problemática que ha sido ocasionada por la mala administración de las EPS ha desencadenado en Colombia una crisis del sistema que afecta directamente al ciudadano pues sus derechos les son negados por las mismas entidades creadas para su protección más aun cuando se trata de traslados pues las entidades son omisiva y tardías ante la importancia para la vida de un paciente de la celeridad en sus procesos que involucran la necesidad de atención en otros niveles de complejidad médica, situación que se puede argumentar a partir de que:

El funcionamiento de las EPS como administradoras de los recursos del sistema de salud colombiano es ineficiente, hecho que se comprueba al revisar el estado financiero de estas entidades y advertir la baja calidad de los servicios que prestan. La negación de los servicios a los usuarios y la confusión entre las patologías y los tratamientos (incluidos o no en el pos) es habitual, razón por la cual los usuarios se ven obligados a acudir con demasiada frecuencia a las instancias judiciales para acceder a medicamentos y servicios. Desde su implementación, este sistema ha sido objeto de malos manejos que conllevan sobrecostos, circunstancia que hace imperativo su análisis como problema de salud pública y problema estructural de la economía colombiana. (Rivera, 2013)

Teniendo como fundamento todo lo expuesto, es necesario realizar un análisis desde el punto de vista jurídico, para conocer el papel fundamental del derecho a la salud en Colombia, y por ende configurar una respuesta al problema jurídico planteado.

1.6 Metodología

La metodología apropiada para abordar el tema será la cualitativa bajo la cual se realizará un análisis documental y jurídico de la ley 100, el nacimiento de las EPS en la norma, el derecho a la salud en la jurisprudencia, y demás normas concordante con el tema a estudiar. Teniendo en cuenta la experiencia realizaré un análisis documental de la información recolectada durante la judicatura.

A partir del enfoque del planteamiento de la monografía se apoyara el desarrollo de esta con un enfoque en la metodología hermenéutica que buscará dar respuesta a la problemática jurídica a partir del análisis en el ordenamiento jurídico de Colombia que contempla una visión constitucional y otra legal, además de la doctrina y la jurisprudencia, que permitan conocer como en Colombia el ordenamiento jurídico blinda jurídicamente al derecho a la salud en contraste con las disposiciones de la Ley 100 en materia de responsabilidades y amplio campo de acción a las EPS.

Capítulo 2. La salud como derecho en el ordenamiento jurídico colombiano

Para comprender el carácter fundamental del derecho a la salud en Colombia, es necesario abordar la perspectiva constitucional, legal y jurisprudencial que durante más de dos décadas de la naciente Constitución Política se han dado.

En Colombia, el derecho a la salud no gozaba de un reconocimiento tan especial como el dispuesto en la Carta Política de 1991, aunque ya para la época se habían ratificado tratados internacionales que disponían entre sus mandatos la búsqueda de una protección integral a la salud y esta se diera en la esfera física y mental.

Para destacar como precedente internacional se encontró el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que confirma lo expresado en el anterior párrafo en su artículo 12:

1. 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. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966)

Sin embargo, para ese año ya la Organización Mundial de la Salud había dispuesto que

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (Conferencia Sanitaria Internacional, 1946)

Lo que ratifica que el derecho a la salud en el contexto internacional acogido por Colombia ya se contaba con unos parámetros de protección previo al reconocimiento que se obtuvo constitucionalmente en 1991. De esta forma, partiendo de los antecedentes en el ámbito internacional se abordará en el presente capítulo un recorrido por el marco constitucional, legal y

jurisprudencial de este derecho para de esta forma poder encontrar una respuesta jurídica a los planteamientos expuestos en el problema jurídico.

2.1 Perspectiva constitucional del derecho a la salud en Colombia

En materia de salud, Colombia durante las últimas décadas ha tenido avances significativos, teniendo en cuenta que la Constitución política de 1886, tan solo contempló la necesidad de que el Estado asumiera un trabajo por la salubridad pública, en el cual se establecían controles pero de forma limitada, teniendo en cuenta la época la atención en prevención y en atención corría por cuenta del ciudadano o por algunas instituciones religiosas de caridad, dejando el papel protector del Estado a un lado. (Constitución Política de Colombia, 1886)

Sin embargo, con la llegada de las políticas públicas del nuevo siglo, se creó en el año 1945 la Caja Nacional de Previsión Social que beneficiaba a los funcionarios públicos, en el año 1960 nace el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, que esta vez cobijaba a los funcionarios del sector privado y ya para los años sesenta el Ministerio de Salud Pública, que reemplazo el Ministerio de Higiene. (Rivera, 2013)

En la época de los setenta nace por primera vez el Sistema Nacional de Salud, que incorporó la red pública de servicios de salud, y consigo también se dieron a la tarea de la creación de fundaciones y entidades beneficiarias de origen privado y público. De acuerdo con el origen del Ministerio de Salud Pública, este era quien ejercía la dirección de todas las instituciones prestadoras del servicio de salud, pero sin embargo en la práctica contaban con una autonomía propia. (Rivera, 2013)

De esta forma como lo ha expuesto el autor citado en los párrafos anteriores el proceso de prestación del servicio de salud en Colombia previo a la promulgación de la Constitución Política de 1991, tuvo un proceso evolutivo y de gran trascendencia en el ámbito social, pero con la nueva visión del Estado Social de Derecho se trascendió hacia un verdadero cambio, que también tuvieron influencia previa del desarrollo en protección de derechos humanos que ya se llevaba a cabo en todo el mundo.

Por consiguiente, estas influencias tomaron forma jurídica, cuando en 1991 Colombia promulga la Constitución Política y de forma consecuente nace el modelo de Estado Social de Derecho, descentralizado y privatizador de la administración pública.

Ya con el nuevo modelo de Estado y con el reconocimiento de los derechos fundamentales en la Constitución Política, se registra también un cambio en cuanto a la visión del derecho a la salud en el contenido de la Carta Política desarrollando un blindaje jurídico de supremacía por el carácter fundamental y vital para la vida y todos los derechos del ser humano.

El primer artículo que contempla estos lineamientos lo establece la Carta Política en el artículo 44 cuando le asigna el criterio de fundamental a la salud y su esquema de protección para la niñez y también para los ancianos, partiendo de que estos gozan de un nivel de protección específico por sus condiciones.

Sin embargo la Asamblea Nacional Constituyente no solo pensó que este derecho le era competente nada más a los niños y a los ancianos, sino que posteriormente en su artículo 48 y 49 describe que ser también un derecho materializado a través del sistema de seguridad social y que con el nuevo modelo de Estado, este derecho estará dentro de las obligaciones de este ente que

tras su carácter social de derecho, pone a disposición de los ciudadanos todos los medios para materializar los derechos humanos ya positivizados en la Carta Política.

Artículo 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. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991)

De esta forma, la influencia internacional de los estados modernos, llegó a Colombia y revolucionó la implementación del servicio de salud, partiendo de los nuevos lineamientos de la Constitución Política. A partir de ese momento se incluye dentro de dicha norma, el artículo 48 que encierra los lineamientos de la seguridad social para todos los habitantes del territorio colombiano. Dicho artículo dice lo siguiente:

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991)

Pero no solo estos artículos conceptúan el ámbito de aplicación del derecho a la salud, sino que progresivamente la Carta Política establece en su estructura que:

El 52 en cuanto refiere al ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas en función de la preservación y desarrollo de una mejor salud en el ser humano. El 53 con relación a la salud de los trabajadores. El 54 respecto de los trabajadores de la tercera edad o discapacitados. El 64 en cuanto a los trabajadores agrarios. El 79 como determinante del derecho a un ambiente sano. Con estas breves consideraciones se dará paso entonces al análisis de qué tipo de derecho es el derecho a la salud, su naturaleza jurídica, su estructura y su justiciabilidad. (Echavarría)

De acuerdo con el desarrollo constitucional del derecho a la salud en Colombia, la Constitución Política de 1991 traza un nuevo lineamiento para la protección de este derecho y la obligación del Estado a materializarlo, puesto que la promulgación del modelo de Estado Social de Derecho le implicaba reconocer, positivizar y materializar dichos parámetros constitucionales. Sin embargo previo a este reconocimiento existía ya en Colombia un desarrollo jurídico para la prestación del mismo, pero sin contar con un lineamiento claro y específico desde la Constitución Política pues para la época se constataba con una Carta Política seguida y proclamada por muchas décadas y que no coincidía con el desarrollo que tuvieron los derechos humanos con la terminación de la segunda guerra mundial.

A partir de la promulgación en 1991 el panorama en Colombia cambia de forma trascendental, genera un impacto positivo en la sociedad puesto que se comienza a gozar de un reconocimiento claro y tácito en la Constitución Política en materia de salud, de la prestación de los servicios y de las obligaciones del Estado.

Sin embargo, también se generan incertidumbres jurídicas puesto que la Carta Política incluye el derecho a la salud como un derecho prestacional y no dentro del capítulo denominado

derechos fundamentales que gozan de una primacía en su protección lo que implica cuestionamientos jurídicos que con la ayuda de la Corte Constitucional fueron dirimidos para una garantía efectiva, solidaria, de calidad y universal como lo había dispuesto la misma Constitución Política.

Así, es posible concluir entonces que Colombia no ha sido un Estado ajeno a los lineamientos internacionales para mejorar las condiciones de sus ciudadanos y moldearse a un sistema más humanizado teniendo en cuenta además que por décadas ha sido golpeado por la inclemencia de la violencia desde diferentes situaciones, lo que ha llevado a la construcción de una Constitución Política enmarcada en la protección de todos los ámbitos de desarrollo del ciudadano y donde la salud ha adquirido un nivel de supremacía por su connotación con los demás aspectos para el desarrollo de un plan de vida acorde a los parámetros de derechos internacionales y también nacionales.

Sin embargo, surgen dos posiciones contrastadas en la Carta Política por cuanto no se incluye como fundamental un derecho como la salud sino que se deja dentro de los derechos prestacionales asignándole más tarde a la Corte la tarea de estudiar la disposición constitucional y dispersar las afirmaciones que lo catalogaban como no fundamental, y una segunda posición de análisis frente a que además de lo dispuesto en la Constitución también existen otras normas de derechos humanos con el mismo nivel vinculante por pertenecer al bloque de constitucionalidad lo que reafirma en el ámbito jurídico que efectivamente la Constitución Política sin necesidad de ratificar la fundamentalidad del derecho a la salud, ya otros lineamientos ratificados por Colombia lo había hecho lo que fundamenta que desde la promulgación de la Carta Política en 1991 el derecho a la salud goza de un esquema de protección con un status constitucional

fundamental que lo vincula jurídicamente con un carácter primordial para su garantía, protección y materialización.

2.2 Perspectiva legal del derecho a la salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993

Desde la perspectiva constitucional, se pudo concluir que Colombia desde 1991 incluyó en la estructura de la Constitución Política, el derecho a la salud y reguló también que este se materializara bajo las instituciones enmarcadas en el sistema de seguridad social para los habitantes del territorio colombiano. Sin embargo, en el marco del ordenamiento jurídico han sido varias las normas que han regulado este derecho desde su prestación desde diferentes ópticas y con varias transiciones en la historia más reciente del Estado colombiano.

De manera análoga a lo expuesto en el contexto constitucional, ahora pretendo sustentar basada en el trabajo del legislativo, la línea del tiempo histórica de las leyes que permean la garantía del derecho a la salud en Colombia.

En el ámbito legislativo se han venido dando avances en el sistema de salud, para brindar un servicio de calidad y que satisfagan las necesidades de los colombianos. El primero de ello es la creación del Sistema Nacional de Salud en 1975, en el cual se contaba con una fuente de financiación propia y se prestaba la atención de acuerdo a la capacidad económica de la persona.

Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, la seguridad social se convierte en un servicio público de carácter obligatorio y bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En el desarrollo legislativo de los mandatos constitucionales, se promulga la Ley 100 de 1993, trascendiendo a un nuevo modelo de seguridad social denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este nuevo sistema fue el resultado de la búsqueda de soluciones a las problemáticas que se venían presentando por la accesibilidad y el servicio inequitativo, que para la fecha afectada la garantía del derecho a la salud para los colombianos. (Osorio, 2014)

De esta manera este nuevo sistema encontró la solución con la implementación de dos regímenes que en la actualidad aún siguen existiendo, uno contributivo para quienes se encuentran en capacidad de pago de aportes a la seguridad social y otro subsidiado para quienes no cuentan con la misma posibilidad. En el régimen contributivo se establecieron lineamientos como el aumento de los aportes del 6% al 12% del salario del trabajador para cubrir el núcleo familiar, que comenzó a ser parte del sistema como beneficiarios del cotizante, acabar con el monopolio implementado por el Instituto de Seguros Sociales que a la fecha acaparaba todo el sector privado y público, y además de ello fomentar la competencia en servicios de salud, es decir, que la ley 100 es el génesis de las Empresas Promotoras de Salud, EPS. (Osorio, 2014)

El régimen contributivo, tal como se explica en la figura 1, es a través del cual se vinculan al Sistema de Seguridad Social en Salud, los individuos y las familias que por su capacidad de pago o vinculación laboral, se rigen bajo estas normas y beneficios. Sin embargo, con las nuevas modificaciones este ha resultado tampoco cumplir con las expectativas del usuario, y de forma continua deben acudir a las acciones judiciales para el cumplimiento de las EPS, en la promoción y acceso a los servicios de salud. (Osorio, 2014)

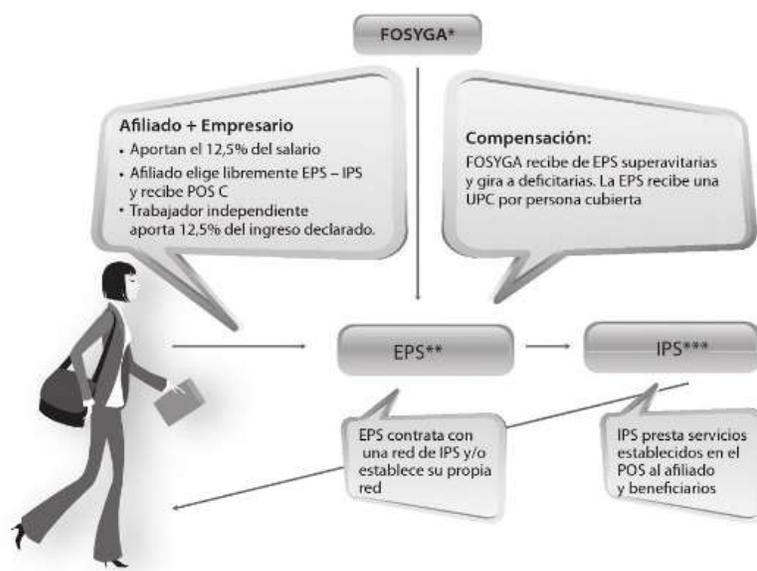


Diagrama 2.1
Régimen contributivo

Activ
Ira-Co

Figura 1. Régimen Contributivo

Nota fuente: Yepes, Ramirez, Sanchez, Ramirez, & Jaramillo

A su vez, el régimen subsidiado la Ley 100 amplía el ámbito para que las personas de escasos recursos y con limitaciones para el pago del régimen contributivo, accedan al servicio de salud, de acuerdo con los principios de universalidad impuestos constitucionalmente, a este derecho a través de un servicio de calidad y eficiente.

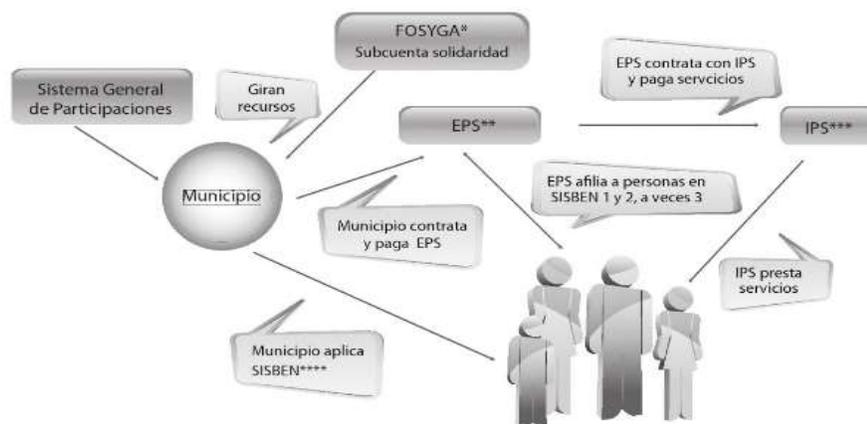


Diagrama 2.2
Régimen subsidiado²⁶

Figura 2. Régimen Subsidiado

Nota fuente: Yepes, Ramirez, Sanchez, Ramirez, & Jaramillo

Sin embargo, lo cierto es que de acuerdo a los lineamientos de la Ley 100, se buscaba un Estado protector y garantista de los derechos de sus asociados, pero lamentablemente, esa búsqueda terminó por cometer errores de gran magnitud, que hoy en día repercuten con un sistema ampliamente corrupto, de poca calidad, ineficiente y aunque universal, dista de la realidad de un Estado con Seguridad Social en Salud, puesto que tras culminar el periodo de mandato del Seguro Social, que también quebrantó los ingresos de los colombianos, nacieron las Entidades Promotoras de Salud, con un amplio campo de autonomía, que han terminado con sucumbir en un mal servicio los anhelos constitucionales del Estado Social de Derecho.

Además, esta misma ley buscó también dentro de sus parámetros delimitar un valor único promedio del seguro obligatorio anual, que corresponde al valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, que posteriormente ha representado uno de los errores que han abocado a la grave crisis del servicio de salud que hoy

en día se vive en Colombia, pero que para la época no se vislumbraba en el panorama normativo. (Osorio, 2014)

De manera consecuente, la norma mencionada también creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, un organismo de concertación compuesto por el Gobierno y otros sectores, que regularían la prestación del servicio de salud.

A partir de 1993, la Ley 100 ha sufrido varias modificaciones y decretos reglamentarios que sobre cada uno de los componentes del sistema de seguridad han normativizado. Una de ellas, para mencionar es la Ley 1122 de 2007, que buscó en medio de la crisis que se presentaba en el momento de su promulgación buscar soluciones inmediatas a la problemática pero sin resultar un efecto positivo al final. En sus 45 artículos solamente se hace explícita la modificación de dos artículos de la Ley 100, el 204 y el 214, referidos al financiamiento. (Restrepo, 2007)

De esta forma concluyó, entonces que esta reforma resultó otro trámite más en el Congreso mas no un aporte contributivo a la problemática del sistema a la salud en Colombia, puesto que su sola implementación evidencia vacíos legales cuando dice que se modifica el sistema pero solo versa sobre dos artículos específicos, sin provocar un cambio trascendental en la problemática que se veía venir hace más de 10 años.

Posteriormente, en el año 2011 el Congreso de la Republica expide la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Con esta reforma, el legislativo plantea algunas soluciones de fondo a los problemas de operación del sistema definido por la Ley 100 de 1993. Esta nueva regulación permite que en

Colombia todas las personas puedan acceder al servicio de atención primaria en salud, ya que esta muestra el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, prestando un servicio ligado a la atención primaria en salud, lo que a su vez se deriva que el Estado sea el coordinador para la prestación del servicio en conjunto con otras entidades y la misma sociedad buscando siempre hacia la calidad en donde todo vaya dirigido a todos los residentes del país. (Guarin, 2013). Sin embargo, aunque es loable el trabajo del ente legislativo en esta reforma y a través de ella se permite el acceso de todos los ciudadanos en Colombia al sistema de salud, lo cierto es que la problemática es mayor, es de gran dimensión y no solo reformas de pañitos de agua tibia pueden generar el cambio que requiere Colombia en cuando ese status de fundamental del derecho a la salud.

Finalmente, como ya se ha expuesto el primer contexto jurídico vinculante en Colombia para la protección al derecho a la salud han sido los lineamientos planteados a nivel internacional en acuerdos, tratados y pactos ratificados por este Estado, pero en el ámbito legal desde 1991 con el reconocimiento de forma amplia a este derecho también surgieron cambios trascendentales con un gran impacto social por el surgimiento de principios como la solidaridad, la eficiencia y la universalidad en la materialización de este derecho a través de la atención y prestación en salud.

Como gran aporte y solución a la monopolización que había hecho el Instituto del Seguro Social y para garantizar los principios dispuestos en la Constitución Política de 1991, se desarrolló el nuevo sistema que como se ha citado nació jurídicamente con la Ley 100 de 1993 que dispuso de regímenes para el servicio de salud teniendo en cuenta la facilidad de ingresos para contribuir a este o para subsidiarse como obligación del mismo Estado. Con la misma norma también se dio vida a las llamadas entidades prestadoras de salud o EPS, que han

generado en los últimos años un sinnúmero de situaciones de riesgo amparados en un vacío jurídico que por cuenta de los errores del Estado para administrar el Instituto del Seguro Social le concedió un amplio panorama de autonomía a estas entidades del sector privado dejando la vigilancia y el control de Estado en un segundo plano en la materialización de un derecho tan vital, fundamental e imprescriptible como la salud.

Partiendo de estos argumentos expuestos, es posible concluir que el desarrollo normativo para el sistema de salud que permite la materialización del derecho consagrado en el ordenamiento jurídico a nivel internacional y también nacional, se ha dado en la Ley 100 y en sus respectivas leyes modificatorias, pero que sin embargo, el proceso ha sido también obstaculizado por vacíos jurídicos que han ampliado el poder de las denominadas EPS que son directamente los entes encargados de prestar el servicio que materializa la salud como derecho constitucional y fundamental, puesto que disponen de una gran autonomía para autoregularse, para su manejo administrativo, para su interés lucrativo y para convertir un derecho y un servicio en un negocio alejado de la solidaridad, la calidad y la eficiencia como mandato constitucional.

2.3 El derecho a la salud en jurisprudencia colombiana y su carácter de fundamental.

El tercer aspecto que se analiza en este capítulo es el contexto jurisprudencial del derecho a la salud, pero no como una línea jurisprudencial sino como apartes de los precedentes que han ampliado el concepto de la salud dispuesto en la Constitución Política y en el desarrollo legal de este derecho, que para el análisis del tercer capítulo y del problema jurídico permitirá ampliar más los argumentos jurídicos.

De esta forma dentro de las novedades que la Constitución Política de 1991 introdujo en el sistema judicial del Estado fue la Corte Constitucional como la guardiana constante de la protección de los preceptos constitucionales.

Pues sumado a esta tarea también la Corte Constitucional ha contribuido a ampliar el ámbito de protección del derecho a la salud, a través de sus pronunciamientos en fallos de tutela y de constitucionalidad.

Como se ha expresado no se busca enfocar este aparte hacia una línea jurisprudencial, sino exponer la trascendencia en el ámbito del poder vinculante del precedente judicial en Colombia en materia de salud.

Como se mencionó en el desarrollo constitucional en Colombia el derecho a la salud fue ubicado dentro del capítulo de los derechos prestacionales y desarrollado posteriormente en los siguientes artículos como una obligación del Estado Social de Derecho a través de la prestación del servicio enmarcado en los principio de la universalidad, la solidaridad y la eficiencia.

A partir de esta disposición la Corte Constitucional ha tenido que precisar otros criterios de este derecho pues la Constitución Política no dimensionó el alcance de este derecho en el ámbito jurídico de protección.

De esta forma la primera sentencia en citar es la jurisprudencia dada en el año 1992 a través de la Sentencia Pronunciamiento hecho por la Corte Constitucional en Sentencia T-536 de 1992, que aclara lo que la Constitución no dijo de forma clara y establece que el derecho a la salud tiene un carácter de fundamental, exponiendo que:

El derecho a la salud y a la vida son derechos fundamentales porque son esenciales al hombre; la salud se encuentra ligada al medio ambiente que le rodea y que dependiendo de las condiciones que este le ofrezca, les permitirá desarrollarse económica y socialmente a los pueblos, garantizándoles su supervivencia.

Partiendo de este concepto jurídico de la Corte Constitucional, se puede concluir que si la Constitución Política fallo en no aclarar el status de fundamental del derecho a la salud, este se encuentra íntimamente en conexidad con el derecho a la vida que a su vez es la base para la materialización de los demás derechos, por lo que este también adquiere este mismo carácter de fundamental así la Carta Política no lo haya ubicado en el marco de los derechos fundamentales, la Honorable Corporación desde su estudio si establece que este tiene dicho carácter, primacía y protección fundamental en Colombia, lo que confirma desde nuestro análisis que a partir de lo que la Corte ha estudiado los tramites o procesos administrativos de las denominadas EPS no pueden primar sobre la prestación y materialización de la salud porque este un derecho fundamental y sobre esa base jurídica se deberá entender en todos los ámbitos para la prestación y atención en salud.

Dentro del mismo concepto es también importante que se cite la Sentencia T -571 de 1992, que deja sin validez jurídica la teoría de que algunos derechos que no se ubican dentro del capítulo de los derecho fundamentales no tienen este criterio y además que específicamente sobre el derecho a la salud cuando este pone en riesgo el derecho a la vida, siempre tendrá un carácter de fundamental.

Dicho criterio se dispuso en esta sentencia así:

Son aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueron protegidos en

forma inmediata los primeros se ocasionarían la vulneración o amenaza de los segundos. Es el caso de la salud, que no siendo en principio derecho fundamental, adquiere esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su derecho a la vida.

Es entonces esta Sentencia, el primer pronunciamiento que demarca el precedente judicial para que el derecho a la salud se constituyera como un derecho de carácter fundamental, teniendo como base que este tiene conexidad con los demás derecho fundamentales, y que es deber del Estado velar por su protección, reconocimiento, salvaguarda y materialización para todos los ciudadanos.

En un segundo grupo de sentencias la Corte Constitucional ha reconocido el derecho a la salud a, por ejemplo: personas con pronóstico no favorable de curación; mujeres embarazadas o luego del parto; minorías étnicas; personas en situación de desplazamiento forzoso; madres solteras; mujeres embarazadas o madres después del parto en situación de desamparo o desempleo mediante el reconocimiento de un subsidio alimentario; adultos mayores en situación de indigencia para ser incluidos en programas de atención médica integral; enfermos de sida no sólo para asegurar la realización de exámenes médicos de carga viral, sino para el suministro de antiretrovirales en la cantidad y periodicidad indispensable; personas con discapacidades físicas o mentales que requieren, por ejemplo, de prestaciones corrientemente no clasificadas dentro de la esfera de protección del derecho a la salud como en el caso de la educación o capacitación especial para asegurar su rehabilitación o su integración social. (Ordóñez, 2006)

En Sentencia C-463 de 2008, también se da un tratamiento jurisprudencial para destacar al derecho a la salud a través de la cual la Honorable Corporación, expresó:

“El carácter universal del derecho a la seguridad social en salud aparece como consecuencia su fundamentabilidad, esto es, su carácter de derecho fundamental, tanto respecto del sujeto como del objeto de este derecho, ya que se trata, de un lado, de un derecho que es predicable de manera universal y sin excepción respecto de todas las personas sin posibilidad de discriminación alguna; de otro lado, se trata de un derecho que es predicable respecto de una necesidad básica de los individuos o seres humanos, esto es la salud, lo cual implica, a su vez, la obligación de prestar todos los servicios necesarios para su prevención, promoción, protección y recuperación, tal y como lo prevé el artículo 49 Superior. Este carácter fundamental del derecho a la salud se

justifica también por la importancia y relevancia del mismo para la vida digna de las personas. En este sentido, esta Corte ha hecho énfasis en la fundamentabilidad del derecho a la salud en los casos de los menores de edad, de personas de la tercera edad, o de sujetos de especial protección constitucional. Adicionalmente, esta Corte ha reconocido también la fundamentabilidad del derecho a la salud por conexidad con otros derechos fundamentales como la vida digna e integridad personal.”.

Avanzando con mi razonamiento y de acuerdo con lo argumentado por la Corte Constitucional, es posible evidenciar como esta Corporación, de acuerdo a los avances sociales, de las normas y demás ha ido dando un giro en sus preceptos, puesto que en la primera sentencia mencionada asume ese carácter de fundamental del derecho a la salud, relacionándolo con la necesidad de este para la supervivencia del ser humano, pero posterior a ello en sentencia de constitucionalidad precitada en el párrafo anterior, define que este derecho continúa siendo fundamental pero esta vez por conexidad con otros derechos fundamentales como la vida digna e integridad personal.

En 2011, a partir de la Sentencia T-548/11 se dispuso en la Corte Constitucional que:

La salud es un derecho fundamental y es, además, un servicio público así sea prestado por particulares. Las entidades prestadoras de salud deben garantizarlo en todas sus facetas – preventiva, reparadora y mitigadora y habrán de hacerlo de manera integral, en lo que hace relación con los aspectos físico, funcional, psíquico, emocional y social. Dentro de la garantía del derecho a la salud incluye varias facetas: una faceta preventiva dirigida a evitar que se produzca la enfermedad, una faceta reparadora, que tiene efectos curativos de la enfermedad y una faceta mitigadora orientada a amortiguar los efectos negativos de la enfermedad. En este último caso, ya no se busca una recuperación pues ésta no se puede lograr. Se trata, más bien, de atenuar, en lo posible, las dolencias físicas que ella produce y de contribuir, también en la medida de lo factible, al bienestar psíquico, emocional y social del afectado con la enfermedad. En este sentido la faceta mitigadora, cumple su objetivo en la medida en que se pueda lograr amortiguar los efectos negativos de la enfermedad, garantizando un beneficio para las personas tanto desde el punto de vista físico, psíquico, social y emocional. Así las cosas, cuando las personas se encuentran en una situación de riesgo se deben tomar todas las cautelas posibles de modo que se evite provocar una afectación de la salud en alguno de esos aspectos.

En Sentencia T-619 de 2014, recordó que la integralidad del derecho a la salud debe ser entendida desde una doble connotación, esto es:

Como la satisfacción integral de sus distintas facetas: “i) preventiva, la cual evita la producción de la enfermedad interviniendo las causas de ella; ii) curativa que se concreta en suministrar las atenciones necesarias para que el paciente logre la cura de la patología que padece; y iii) mitigadora que se dirige a paliar las dolencias físicas o psicológicas que ocurren por los efectos negativos de la enfermedad”.

Y como la atención o suministro de todas las prestaciones requeridas para que una persona se recupere de las afectaciones que padece, esto es, todos los componentes que el médico tratante considere como necesarios para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en condiciones de dignidad.

Finalmente tras exponer la citación de varias sentencias de la Corte Constitucional en Colombia sobre la influencia de criterio de esta corporación frente al carácter de fundamental del derecho a la salud, es posible destacar como análisis propio basado en los argumentos que este derecho se ha ido desarrollando de acuerdo con los cambios sociales en el Estado colombiano para solidificarse en el ámbito jurídico los parámetros más importantes que permitan garantizar y proteger el derecho a la salud, frente a las impactantes fallas jurídicas del ordenamiento jurídico con la implementación del nuevo sistema de prestación y atención en salud desde la Ley 100 de 1993.

Acorde con estos planteamientos expuestos y con base en el estudio del proceder constitucional de la Honorable Corporación, se puede concluir que a partir del nacimiento de esta, se han dado varias connotaciones fundamentales en materia del derecho a la salud. El primero de ellos fue la connotación de fundamental y asistencial, luego como derecho fundamental por conexidad y de acuerdo con las situaciones presentadas posteriores se le dio una

connotación de fundamental con relaciones a determinadas poblaciones como el adulto mayor, las personas en estado de discapacidad, población en estado de desplazamiento y demás, ocasionando una inestabilidad en su proceder, puesto que varía la connotación de acuerdo a las situaciones concretas, sin definir el carácter fundamental para todas las personas, puesto que si el Estado pretende garantizar una vida integral deberá con ocasión a ello promulgar un sistema de salud acorde a las necesidades de toda la población colombiana.

Capítulo 3. Las Entidades Promotoras de Salud EPS en el espectro constitucional y legal en Colombia. Responsabilidad frente a la prestación del servicio de salud

3.1 Las EPS en el marco jurídico de Colombia

La Constitución Política de 1991 como se ha mencionado antes promulgo el derecho a la salud dentro de su marco constitucional, condicionando la aplicación de una serie de principios para la prestación de un servicio de calidad, enmarcado en las nuevas necesidades del Estado Social de Derecho naciente en la Carta Política.

Progresivamente, se dio a este mandato constitucional un desarrollo legal en la Ley 100 de 1993, reformado el sistema monopolizado de la salud y orientándolo hacia 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país. (Calderón, 1996)

Dicha reforma y nueva tendencia en la prestación del servicio de salud trajo consigo el nacimiento de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, encargadas de velar por la prestación del servicio de salud en Colombia. Estas tuvieron su aparición en el servicio de salud a partir de la promulgación de la Ley 100 en 1993.

Esta normatividad regula el funcionamiento de las mismas, pero inicialmente las define como:

Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por

cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley. (Ley 100 de 1993)

Y además regulando sus funciones como:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

De la misma forma también promueve la norma una serie de obligaciones, sin embargo la misma ley deja al libre albedrío la dirección de las mismas, convirtiendo el servicio de salud en un sistema lucrativo para el sector privado y dejando la vigilancia del Estado como una simple función sin darle la connotación primordial y el carácter fundamental al derecho a la salud, lo que ha generado hoy en día el desbordante sistema lineal de enriquecimiento del sector de las EPS, como consecuencia de un sistema mal planificado, regulado y permisivo, que permite la muerte de los usuarios en las filas de las citas médicas y en las salas de urgencias de los hospitales y clínicas del país.

3.1.1 Obligaciones de las EPS en materia de salud

Como se ha mencionado la Ley 100 de 1993 introdujo en el sistema de salud las entidades prestadoras del servicio de salud conocidas como EPS, estas mismas además de lleva a cabo las funciones estipuladas en la norma, también les corresponde una responsabilidad de acuerdo con las obligaciones que se le han impuesto.

La principal obligación impuesta por la Ley 100 a las EPS fue la de organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud por lo cual no son directamente las encargadas solo de promover el servicio sino que también deben garantizar su prestación por lo cual se ven avocadas a la prestación del mismo o a contratar con otras instituciones prestadoras de salud, lo que tiende a controvertir la concepción que la norma dispone para estas.

También les corresponde por mandato de la misma norma y de su autonomía determinar los procedimientos que permitan a todos los usuarios y sus familiar acceder a los servicios de salud que se llevan a cabo en las instituciones con las que las EPS contratan, y con ello también ser los entes vigilantes de ese servicio que además debe prestarse bajo los principios de eficiencia, calidad y eficacia.

Estas funciones y obligaciones de forma específica son las que más se adecuan a la problemática que se analiza en la presente monografía, por lo que sobre ella también haremos el análisis de la responsabilidad civil que se deriva ante el incumplimiento de las mismas.

De esta forma inicialmente es necesario conocer lo que se dispuso en la norma sobre dichas obligaciones. Para la primera función de organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud se produce cuando la EPS dispone de los recursos físicos, económicos,

humanos, materiales, tecnológicos calificados para para lograr la garantía efectiva y de calidad del servicio de promoción y atención en salud a todos los usuarios.

Sin embargo afirma Peláez, (1999) que:

La responsabilidad de la EPS no es prestar el servicio de salud, pues no son entidades dedicadas a la prestación de dichos servicios por definición, sino coordinar la prestación de los mismos, y por excepción pueden prestar servicios de salud, caso en el cual adquirirán a más de su obligación como entidad administradora, una obligación como entidad prestadora de servicios de salud.

Pero si bien ya se conoce de la responsabilidad para el cumplimiento de las obligaciones, cuando se considera que se ha incumplido entonces por parte de las EPS, pues cuando no se da a cabalidad con la planeación y organización propia para la prestación y garantía del Plan Obligatorio de Salud, por diferentes circunstancias como no contratar o establecer convenios con las entidades, no contar con los profesionales idóneos, o impidiendo el acceso por trámites administrativos al derecho a la salud y muchas situaciones más, que derivan necesariamente en una responsabilidad de reparar los daños ocasionados al usuario de acuerdo con la regulación normativa en Colombia.

El fundamento para esta responsabilidad estaría dado por una culpa de la entidad promotora de salud al elegir los profesionales e instituciones de salud tratantes, lo cual, como se señaló, implicaría un cumplimiento defectuoso de su obligación como entidad administradora. Ahora bien, si la entidad administradora contrata la prestación de los servicios de salud con profesionales e instituciones de salud que sí cuentan con la competencia profesional y técnica para la prestación del servicio, y no obstante esa situación al prestar el servicio de salud el profesional o la institución causa un daño al paciente imputable a una culpa de aquel o ésta, la pregunta a responder es si en tal caso la EPS será solidariamente responsable para efectos de indemnizar el perjuicio causado al paciente. En tal evento consideramos que la EPS no es civilmente responsable de dicho daño ante la víctima, ni de manera directa ni de manera indirecta, por el hecho del profesional o la institución médica que causa el daño. (Peláez , 1999)

De acuerdo con esta reflexión las EPS son un componente que trajo la Ley 100 como medio de solución a una problemática, pero la falta de dimensión y visión hacia el crecimiento y la generación de riqueza en el sector privado de estas ha conllevado a que el cumplimiento de sus obligaciones se haya mezclado con el desmedido abuso administrativo en su regulación de trámites, procesos y procedimientos para acceder a la salud, ocasionando un riesgo de vulnerabilidad en este derecho fundamental en Colombia y desconociendo la primacía de este sobre cualquier procedimiento administrativo de las EPS que contempló la Ley 100 de 1993.

3.2 Entidades Promotoras de Salud y el derecho a la salud

En Colombia como se ha mencionado anteriormente la época de los 90 demarca el camino hacia un cambio trascendental en la prestación de los servicios catalogados como fundamentales por la Carta Política que se promulgaba para ese mismo decenio. En el servicio a la salud, ya se connotaba un panorama poco alentador para los colombianos por cuenta de la problemática derivada de la monopolización del servicio de salud en cabeza del Instituto del Seguro Social.

De esta forma, la solución a esta problemática se derivaba en la búsqueda de un nuevo sistema de salud, que fue definido por la Ley 100 de 1993, que se orientaba hacia la desmonopolización del sistema que durante décadas ocasionó graves problemáticas financieras al mismo.

A partir de esta nueva solución, son muchos los cambios trascendentales que esta nueva norma introduce para los colombianos, sin embargo para el estudio de la presente monografía solo se mencionará el nacimiento de las Entidades Promotoras de Salud, como solución a la monopolización que existía por cuenta del Instituto del Seguro Social.

Desde ese momento histórico en el marco jurídico del derecho a la salud, se hallaba en el espectro legal la solución a décadas de padecimiento financiero por cuenta de una entidad que limitó el desarrollo de la salud como derecho para la población colombiana, dando paso a ese momento de desmonopolización en el cual serían las EPS, la mejor cura, a tan agravante enfermedad.

Las EPS tal como se reguló en la normatividad, permitieron a los usuarios del servicio de salud, la facultad de elegir en cual entidad recibir los servicios propios del sistema en cuanto a prevención, promoción, tratamientos, procedimientos, y demás, originando una amplia demanda para la cual se constituyeron muchas entidades dando cumplimiento a la misma.

En la búsqueda del principio de universalidad, la norma amplió la competencia de las EPS y entonces estas encontraron una forma lucrativa para enriquecerse bajo los mandatos del Estado de reducir costos y el libre albedrío para la inversión de sus ganancias, descuidando la calidad en la prestación del servicio de calidad que requiere la salud desde la disposición constitucional que consagra para su materialización a través de un sistema nacional de salud, en el cual se convoca a las instituciones estatales al cumplimiento del principio de universalidad, eficiencia y eficacia, que permitirán al ciudadano la protección de sus bienes e intereses vitales, inherentes para desarrollar el plan de vida digna que profesa la misma Carta Política, pero además también de lo dispuesto en el marco legal y jurisprudencial de este derecho, y engranándose en una serie de procedimientos donde la acción de tutela pareciera ser una luz para el enfermo y sus familiares, pero frente a la cual también estas entidades escapan aun cuando precede un incidente de desacato y demás consecuencias jurídicas.

De esta forma, ha sido entonces la Ley 100 el camino legislativo hacia la búsqueda de una prestación del servicio de salud, en condiciones de calidad, eficiencia, eficacia y universalidad, un fracaso en cuanto a la disposición para la competencia y la privatización de este servicio, puesto que amplió demasiado el ámbito de acción de las Entidades Promotoras de Salud, aumentando el patrimonio privado de estas organizaciones, pero decantando en el fracaso de la protección al derecho a la salud para todos los habitantes del territorio nacional, del cual no han sido exentos ni el régimen contributivo ni el subsidiado, desencadenando además un colapso del sistema judicial por la cantidad de acciones judiciales contra las entidades que niegan, omiten, retrasan u obstruyen los procesos para la salud de calidad, a través de tramitologías y procesos, que han ocasionado la situación actual de la salud en Colombia.

De esta forma, como argumento es preciso citar el análisis que realiza Vélez (2016), para el Periódico el Espectador en el cual afirma que:

La Ley 100 introdujo el concepto de salud como mercancía, por lo tanto quedó sujeta a ser un bien transable del que los inversionistas privados, tan sólo por servir como intermediarios, obtienen ganancia. El problema de este modelo es que acrecienta la inequidad en salud, incrementa el gasto sin mejorar la calidad y se interesa muy poco en el bienestar y la satisfacción de los colombianos. Reconozco que, con todos los debates que se han dado en torno al modelo, la Ley 100 movió el tema de la salud del terreno de la misericordia al del derecho, y los colombianos empezaron a verlo y a exigirlo de esta manera. Por otro lado, los administradores en salud se tomaron en serio su rol y ahora existe una mejor planeación y administración de los hospitales y clínicas. Se volvieron tan buenos en esto que han logrado sobrevivir a la competencia desleal, las glosas y otras estrategias de los aseguradores.

De acuerdo, con todo lo anteriormente expuesto ha sido Colombia en medio del desarrollo legislativo para el Sistema de la Seguridad Social en Salud, incapaz jurídicamente de frenar la problemática que se ha derivado del exceso de autonomía por parte de las EPS, otorgándoles a estas un blindaje jurídico para que su actuar lesione de forma constante el derecho a la salud, en

los constantes tramites que se niegan, paseos de la muerte y demás procesos que limitan los principios constitucionales bajo los cuales nació el derecho a la salud en Colombia.

La crisis del SGSSS se ha hecho notoria en varios aspectos operacionales, los cuales han resentido la posibilidad de muchos colombianos al acceso a los servicios de salud con calidad. Vale la pena mencionar algunos, dada la trascendencia y el poder explicativo para comprender la situación actual:

- La intermediación de las mal llamadas Empresas Promotoras de Salud EPS ha generado costos muy altos y a veces injustificables en los servicios, además de dificultar con trámites exagerados el acceso a los servicios.

- No todos los afiliados tienen acceso a los servicios de salud que requieren, a veces con urgencia. La atención médica, con énfasis en la especializada, tiene múltiples obstáculos para el paciente.

- Muchos hospitales públicos permanecen al borde del colapso financiero por las tardanzas en los pagos tanto de las EPS como del mismo Estado.

- La Salud Pública brilla por su ausencia en casi todas las etapas de evolución del SGSSS. Conceptualmente relegada y subvalorada, apenas tiene un papel de poca monta y bajo perfil en este sistema.

- La inadecuada intromisión de algunos políticos en las secretarías departamentales y municipales de salud dificulta, hasta hacer casi imposible, el desarrollo de las políticas del sector salud. Igual fenómeno se puede apreciar en algunas Empresas Sociales del Estado, donde la mano descarada del agente político interfiere procesos administrativos y financieros fundamentales y limita la adecuada operación de prestación de servicios.

- El maltrato a los trabajadores de la salud, tercerizados y con pésimas condiciones de contratación, han alejado la posibilidad de ser reconocidos adecuadamente y de contribuir a que la misión de las instituciones se cumpla a carta cabal.

- La carencia de un subsistema de información serio e integral no permite conocer oportunamente la situación en materia de salud

- enfermedad en el país. (Tabima, 2012)

Sumado a todo lo ya expuesto es primordial que para dar un desarrollo completo al problema jurídico planteado se establezca un análisis propio argumentado en lo ya citado por las normas y los autores expuestos.

A partir de lo que ha podido exponer en los dos capítulos se ha podido evidencia que Colombia ha sufrido transformaciones jurídicas en materia de la atención en salud, y que previo

al nacimiento de la Constitución Política de 1991 parámetros internacionales como el Pacto de Derechos Civiles, Sociales, Económicos y Políticos permeo el sistema que para la época materializaba al salud, pero con el desconocimiento de un acceso universal al servicio.

Con la nueva política adoptada en la Constitución de 1991 y la nueva fórmula de Estado Social de Derecho también se adquirió el compromiso por parte de este Estado de cumplir a cabalidad con la garantía de los derechos, lo cual implicó en el ámbito de análisis de la presente monografía también un reconocimiento especial al derecho a la salud que anteriormente no era del todo claro y específico.

Sin embargo la disposición constitucional no fue tampoco clara en exponer el status de fundamental y supremacía de este derecho por cuanto lo catalogó como un derecho prestacional.

Como consecuencia de la materialización de este derecho se adopta la Ley 100 de 1993 que dentro de sus novedades desvincula del poder del Estado la prestación y atención en salud y le designa esta responsabilidad a entidades del sector privado como intermediarios del cumplimiento de un servicio del Estado, estableciendo parámetros como la solidaridad, la eficiencia y la universalidad.

Para el año 1993 la Ley 100 se convirtió en la mejor salida a la problemática existente y tras lo ocurrido con el Instituto del Seguro Social, la solución más viable fue dejar en manos de las EPS el manejo administrativo de la atención y prestación del servicio de salud, siendo la norma muy amplia en los derechos de las entidades y dejando un vacío jurídico sobre el control y la vigilancia de estas, lo cual se convirtió en un negocio lucrativo para el sector privado que desencadenó para estos empresarios en prestar un servicio de baja calidad enmarcado en

trámites, procesos, autorizaciones, traslados y demás circunstancias que involucran la prestación del servicio en salud y que limitan un servicio solidario, eficiente y de calidad.

Con el amplio poder otorgado a las EPS, la Ley 100 ha sufrido unas modificaciones en busca de recuperar el control y la vigilancia por parte del Estado, lo cual parece ser un trámite jurídico que requiere de un estudio extenso y de una reforma jurídica trascendental frente a lo que la misma norma permitió por soluciones poco visionarias jurídicamente a partir de los cambios sociales y la imparable corrupción que se carcome los ingresos de Estado.

Ambos problemas expuestos conllevan a una pregunta jurídica planteada desde el principio de la monografía y es entonces si a partir de todo lo ya expuesto para la regulación jurídica del derecho a la salud y los poderes de las EPS enmarcados en la Ley 100, permiten la primacía del derecho a la salud.

Pues como se ha venido exponiendo en el ámbito jurídico los parámetros y lineamientos internacionales han adoptado el criterio de fundamental para el derecho a la salud, y con Colombia de forma positiva desde la Carta Política se ha delineado un camino jurídico fortalecido para la salud a través de los servicios que componen su materialización y garantía como un compromiso Estatal.

Sin embargo, existe una contradicción jurídica que no se adecua a los compromisos adoptados por el Estado Social de Derecho cuando en la Ley 100 permite a través de un amplio poder de autonomía y autorregulación administrativa a las EPS generar circunstancias de riesgo a la vulnerabilidad del derecho a la salud por trámites internos administrativos que permiten ver un servicio en salud muy ajeno a los principios de la solidaridad, la eficiencia y la calidad como

mandatos constitucionales en Colombia, siendo tal el alcance de la problemática jurídica que la misma Corte Constitucional ha expresado en Sentencia T-069 de 2018 que:

La interrupción o negación de la prestación del servicio de salud por parte de una entidad promotora de salud (EPS) como consecuencia de trámites administrativos injustificados, desproporcionados e irrazonables no puede trasladarse a los usuarios. Toda vez, que dicha situación desconoce los derechos de los usuarios, y además pone en riesgo la salud física, mental y psicológica del paciente. (Sentencia T-069 de 2018)

De manera análoga es entonces la constitución Política de 1991 muy clara y precisa en determinar el carácter de protección del derecho a la salud en Colombia y aunque no taxativamente si por análisis e interpretación este también adquiere en el nuevo modelo de Estado un carácter de fundamental por diversos criterios que lo convierte en primacía bajo cualquier situación de riesgo que ponga en peligro derechos como la vida y bajo el cual la autonomía de las EPS para su regulación administrativa contradice el nivel de protección el mismo.

A manera de conclusión es importante exponer que en el marco jurídico de protección en Colombia el derecho a la salud debe primar ante cualquier situación que involucre riesgo para este por su conexidad con derechos como la vida que es el génesis de la garantía de los demás derechos, y por ende los poderes otorgados a las EPS para los trámites administrativos en Colombia son un factor vulnerante sobre el cual se deben atender soluciones jurídicas que den cumplimiento al compromiso estatal.

Finalmente entonces desde el punto de vista del análisis jurídico efectivamente el derecho a la salud prima en Colombia sobre cualquier tipo de trámite administrativo que se realicen en las EPS por cuanto se deben establecer parámetros que de forma efectiva, pertinente y eficiente pongan un límite a la situación social que se vive en el servicio de salud y que la norma

constitucional adquiera el poder vinculante propio sin que como consecuencia de una norma que vulnera los preceptos constitucionales se siga permitiendo los mal llamados caminos de la muerte.

Conclusiones

El derecho a la salud en Colombia ha tenido una connotación amparada en los lineamientos internacionales, pero con la adopción de la constitución Política de 1991 el panorama de reconocimiento se solidifica jurídicamente y se establece dentro de sus mandatos como un derecho prestacional y se regula la prestación del mismo a través de las disposiciones en atención, promoción y servicio de salud.

Posteriormente, por análisis jurídico se establecen criterios para determinar que el derecho a la salud también goza del reconocimiento como fundamental y por ende prima como estos derechos en el ámbito jurídico de protección y garantías, argumentando por diferentes pronunciamientos constitucionales desde la promulgación constitucional hasta fechas muy recientes.

Sin embargo la sola disposición no era suficiente sino que además se implementó la Ley 100 de 1993 como la nueva estructura del sistema de salud, teniendo como base la búsqueda de soluciones a la monopolización del Instituto del Seguro Social, que como consecuencia dio con la adopción de la prestación de este servicio por entidades del sector privado denominadas hoy EPS, que además en la misma norma se dispuso de un amplio derecho de autonomía administrativa que ha desencadenado miles de trámites, procedimientos, procesos y obstáculos para un derecho vital, imprescindible, fundamental y constitucional como la salud.

Como consecuencia del vacío jurídico se ha provocado una crisis social actualmente, que desde el punto de vista del análisis jurídico requiere de una solución trascendental que permita en el

ámbito de la realidad hacer efectivo lo que la norma dispone en materia de primacía del derecho a la salud sobre los trámites administrativos en las EPS.

De manera análoga es entonces la constitución Política de 1991 muy clara y precisa en determinar el carácter de protección del derecho a la salud en Colombia y aunque no taxativamente si por análisis e interpretación este también adquiere en el nuevo modelo de Estado un carácter de fundamental por diversos criterios que lo convierte en primacía bajo cualquier situación de riesgo que ponga en peligro derechos como la vida y bajo el cual la autonomía de las EPS para su regulación administrativa contradice el nivel de protección el mismo.

A manera de conclusión es importante exponer que en el marco jurídico de protección en Colombia el derecho a la salud debe primar ante cualquier situación que involucre riesgo para este por su conexidad con derechos como la vida que es el génesis de la garantía de los demás derechos, y por ende los poderes otorgados a las EPS para los trámites administrativos en Colombia son un factor vulnerante sobre el cual se deben atender soluciones jurídicas que den cumplimiento al compromiso estatal.

Finalmente entonces desde el punto de vista del análisis jurídico efectivamente el derecho a la salud prima en Colombia sobre cualquier tipo de trámite administrativo que se realicen en las EPS por cuanto se deben establecer parámetros que de forma efectiva, pertinente y eficiente pongan un límite a la situación social que se vive en el servicio de salud y que la norma constitucional adquiriera el poder vinculante propio sin que como consecuencia de una norma que vulnera los preceptos constitucionales se siga permitiendo los mal llamados caminos de la muerte.

Referencias

- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitucion Politica de Colombia*. Bogota: Legis.
- Calderón, L. A. (1996). El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100. Obtenido de <file:///C:/Users/fgH/Downloads/16-35-1-PB.pdf>
- Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena Sentencia T -571 de 1992. Recuperado el 22 de Julio de 2018, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-571-92.htm>
- Colombia, Corte Constitucional. Sala Plena .Sentencia T-536 de 1992. Recuperado el 13 de Junio de 2018, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-536-92.htm>
- Colombia, Corte Constitucional. Sala Plena. Sentencia T-016 de 2007. Recuperado el 26 de Julio de 2018, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
- Colombia, Corte Constitucional. Sala Plena Sentencia C-463 de 2008. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2008/C-463-08.htm>
- Colombia, Corte Constitucional. Sala Plena . Sentencia T-548 de 2011
- Colombia, Corte Constitucional. Sala Plena .Sentencia T-619 de 2014 Recuperado el 27 de Julio de 2018, de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-619-14.htm>
- Colombia, Corte Constitucional. Sala Plena . Sentencia T-069 de 2018. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-069-18.htm>
- Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993. Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Echavarría, J. L. (s.f.). *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia* . Recuperado el 01 de Junio de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
- García, M. P. (1999). *Reflexiones Respecto De La Responsabilidad Civil De Las Entidades Promotoras De Salud*.
- Guarin, L. S. (2013). *Evaluacion de la aplicación del sistema de seguridad social en salud a la luz del principio de universalidad en Colombia*. Universidad de la Costa. Recuperado el 08 de Junio de 2018, de <http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/173/32608167.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organizacion Mundial de la Salud, OMS. (1946). Conferencia Sanitaria Internacional. (Nueva York, junio de 1946).
- Ordóñez, J. (2006). *El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia. Apuntes para la definición de un contenido esencial de ese derecho en la jurisprudencia mexicana*. Recuperado el 28 de Julio de 2018, de http://207.249.17.176/Transparencia/Lists/Becarios/Attachments/368/Becarios_062.pdf
- Osorio, E. H. (2014). *Análisis De La Reforma Al Sistema General De Salud En Colombia Y Su Impacto Al Fondo De Solidaridad Y Garantías – Fosyga*. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12852/1/AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20REFORMA%20AL%20SISTEMA%20GENERAL%20DE%20SALUD%20EN%20COLOMBIA%20Y%20SU%20IMPACTO%20AL%20FONDO%20DE%20SOLIDARIDAD%20Y%20GARANT%C3%8DAS%20%E2%80%93%20FOSYGA.pdf>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organizacion de Naciones Unidas, ONU 1966).
- Restrepo, J. H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Publica* . Recuperado el 03 de Junio de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011
- Rivera, A. F. (2013). *Coyuntura del sistema de salud en Colombia: Caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las eps*. Obtenido de <https://www.usbcali.edu.co/sites/default/files/gyd10-cap5.pdf>
- Tabima, D. (2012). La salud pública en Colombia: un derecho en vía de reconocimiento. *Revista Médica de Risaralda*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v18n2/v18n2a02.pdf>
- Torres, X. E. (2013). *El Derecho Fundamental A La Salud En Colombia: Base Teórica Y Jurisprudencial*. Obtenido de [file:///C:/Users/fgf/Downloads/Dialnet-ElDerechoFundamentalALaSaludEnColombia-5109387%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fgf/Downloads/Dialnet-ElDerechoFundamentalALaSaludEnColombia-5109387%20(1).pdf)
- Vega, C. ., & Montaña, A. . (2018). *Análisis de la dinámica laboral en la e.s.e. hospital emiro quintero Cañizares del municipio de Ocaña*.
- Velez, M. (2016). "El sistema de salud en Colombia no es equitativo" . *El espectador*. Recuperado el 29 de Julio de 2018, de <https://www.elespectador.com/entretenimiento/unchatcon/el-sistema-de-salud-colombia-no-equitativo-marcela-vele-articulo-619354>

Yepes, J. F., Ramirez, M., Sanchez, L. H., Ramirez, M. L., & Jaramillo, I. (s.f.). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia* . Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo. Obtenido de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WVuc-mna-rgC&oi=fnd&pg=PR5&dq=critica+a+la+ley+100&ots=srpAmhn0c6&sig=SbfBMOHHqIvkcB1uNyp2QPZrIMY#v=onepage&q&f=true>