



PERSONERÍA DE
PEREIRA

LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN NORMATIVA PARA EL MEJORAMIENTO DEL SERVICIO Y LA COBERTURA SOCIAL UNA PERSPECTIVA DESDE LA PERSONERÍA DE PEREIRA



La Salud como Derecho Fundamental
Análisis de la evolución normativa en la Búsqueda del
Mejoramiento del Servicio y la Cobertura Social.
Perspectiva desde la Personería de Pereira.

Health as a Fundamental Right
Analysis of regulatory developments in the pursuit of improved health care
and social coverage.

Perspective from the Pereira Ombudsman's Office

Leonardo Fabio Reales Chacón

Personero Municipal

Coautor

Carlos Olivares Santos

Personero Delegado

Coautor

Resumen— El documento hace referencia al análisis del marco jurídico vigente a través de la ley estatutaria 1751 de 2015, norma que determinó una mirada innovadora al modelo que venía gobernando los conceptos de administración del sistema de salud, las normas que la preceden como modelo de reglamentación y el desarrollo jurisprudencial que afianzo el concepto para determinar su expedición bajo el paradigma de derecho fundamental.

La referencia de esta concepción se expone a través de la dignificación del profesional de la medicina, donde se describe al médico como líder y garante de los procesos de la atención del paciente, lo que implicó la eliminación de los planes obligatorios de salud conocidos como (POS), se centró el concepto del servicio de salud como un derecho fundamental, eliminando cualquier tipo de barrera administrativa que se pudieran gestar desde las entidades encargadas del servicio (IPS-EPS) y la implementación de un modelo de atención integral al paciente, que conocimos en Colombia como P.A.I.S; Política de Atención Integral en Salud, la cual se transformó en 2019, hacia al Modelo de Acción Integral por Territorios denominado M.A.I.T.E.

Así mismo, refiere el planteamiento de un problema sobre el sistema de administración de la salud a partir de políticas públicas que desarrolla el estado y la continua modificación normativa que la sustentan. Esta situación afecta el servicio y se refleja en la improvisación permanente sobre la adecuación de procesos de atención ejecutados por los prestadores y operadores del servicio. Este análisis parte del concepto de la operación que se visibiliza a través de los usuarios que diariamente concurren con su propia historia de servicio, ante la Personería municipal de Pereira, órgano del Ministerio Público en el nivel territorial que cumple funciones de vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas en el ámbito municipal, protección y promoción de los derechos humanos e Intervención en defensa del interés público.

Palabras Clave— Atención Integral, Derecho Fundamental, Ley 1751 de 2015, MAITE, POS, Salud Pública. Personería.

Abstract— This document refers to the analysis of the current legal framework through Statutory Law 1751 of 2015, a regulation that established an innovative approach to the model that had been governing the concepts of health system administration, the regulations that preceded it as a regulatory model, and the jurisprudential development that strengthened the concept to determine its issuance under the fundamental right paradigm.

The reference to this conception is presented through the dignification of the medical professional, where the physician is described as the leader and guarantor of patient care processes. This implied the elimination of mandatory health plans known as (POS). The concept of health service was centered as a fundamental right, eliminating any type of administrative barrier that could be generated by the entities in charge of the service (IPS-EPS), and the implementation of a comprehensive patient care model, known in Colombia as PAIS. Comprehensive Health Care Policy, which was transformed in 2019 into the Comprehensive Action Model for Territories known as MAITE.

Likewise, it refers to the presentation of a problem regarding the health administration system based on public policies developed by the state and the continuous regulatory modifications that support them. This situation affects the service and is reflected in the constant improvisation regarding the adequacy of care processes executed by service providers and operators. This analysis is based on the operational concept made visible through the users who daily present their own service history to the Municipal Ombudsman of Pereira, an organ of the Public Ministry at the territorial level that fulfills the functions of monitoring the official conduct of those who perform public functions at the municipal level, protecting and promoting human rights, and intervening in defense of the public interest.

Keywords— Comprehensive Care, Fundamental Right, Law 1751 of 2015, MAITE, POS, Public Health. Legal Entity.

INTRODUCCION

El sistema de salud en Colombia opera con el principio de “competencia regulada” entre agentes, públicos y privados. Al Estado le corresponde, entonces, regular y vigilar el cumplimiento de las acciones desarrolladas para el cumplimiento de la normativa. Tiene la responsabilidad de lograr que el sistema sea sostenible en el tiempo, que el modelo de negocios de las EPS las haga viables financieramente y que no se presenten abusos de poder por parte de estas. La responsabilidad del Estado como regulador y vigilante es de tal magnitud, que el sistema no puede funcionar adecuadamente si no existe la más alta capacidad técnica y ética para ejercer funciones en las diferentes entidades del Estado. Tampoco puede operar si el regulador (Estado) se ocupa por intereses políticos que conviertan los servicios de salud en instrumentos del clientelismo y modelo de cuotas políticas laborales.

La concepción del sistema de salud por el estado colombiano fue transformada a través de la Ley 100 de 1991. Colombia pasó de tener un Sistema Nacional de Salud (SNS), a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que ha constituido una transformación en la práctica de la prestación de los servicios salud. Aun cuando esta transformación del sistema venia construyéndose históricamente desde 1977, con la crisis del sistema estatal conocido como ISS (Instituto de los Seguros Sociales), esta nueva dinámica se consolidó con la expedición de la Constitución Política de 1991, que incluyó una nueva visión de estado, “El estado social de Derecho”, y concibió el garantismo de los derechos humanos como derechos fundamentales.

Para Colombia, los nuevos paradigmas de la salud parten de la implementación de la ley 100 de 1993¹. Esta norma inicio el proceso de sensibilización de la medicina colectiva dado el nuevo modelo constitucional aprobado para 1991 (SGSSS), donde se concebía, la positivización de derechos fundamentales y la concepción del Estado bienestar, concepto histórico que establece un tipo de pacto social donde se determina un reparto más equitativo de los beneficios sociales. A partir de ello se ha venido incorporando legislación y

¹ El Sistema de Seguridad social Integral vigente en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida ...
Congreso de la Republica. Ley_100_de_1993.

jurisprudencia que establece el concepto del interés general como una necesidad de atención y cobertura permanente para la salud, logrando el control a barreras y limitaciones que permanentemente los operadores establecían hacia los usuarios y beneficiarios del sistema.

La Corte Constitucional en 1993, establecio la conceptualización de los derechos de primera y segunda generación en conexidad con el concepto del mínimo vital, lo que articula la necesidad del desempeño físico y social para garantizar la supervivencia humana, y por ello el Estado debe garantizar como derecho irrenunciable la seguridad social, Sentencia T-494.

Pero la fuente de esta problemática partió de la concepción constitucional de la salud como Servicio según lo establecido por el artículo 49 de la Carta política, de allí parte una segunda secuencia de resolución de conflictos entre el marco normativo y la gestión administrativa de las instituciones a cargo de la administración del sistema, quienes sistemáticamente se oponían a coberturas necesarias de atención, por no estar declarado el derecho a la salud como derecho fundamental dentro de la constitución.

La corte en el año de 1994 emitió la primera sentencia que iba a definir la salud como un derecho fundamental autónomo, desligándolo del derecho fundamental de la vida, sin embargo, estas sentencias se aplicaban a casos puntuales. La sentencia C-408 de 1994, estableció a la seguridad social también como derecho fundamental autónomo.

La sentencia T-207 de 1995, señaló que sólo se podía vincular la salud con un derecho fundamental siempre que se comprobara que el derecho a la vida estuviese en riesgo o fuere afectado. Con criterio de unificación de conceptos, dado el alto volumen de acciones que se presentaron, la sentencia de la Corte Constitucional SU-111 de 1997, estableció que solo habría conexidad entre la salud y la vida ***“cuando se comprueba un atentado grave contra la dignidad humana de las personas”*** dando así el carácter de derecho fundamental a la salud cuando haya una vulneración al mínimo vital que debe resguardar el Estado. Estas tutelas exigían: exámenes paraclínicos, cirugías, tratamientos, medicamentos, prótesis y citas médicas, procedimientos que en su mayoría debían haber sido garantizados por las EPS, lo que determinó claramente la falla en el servicio y la determinación de una problemática que de lo social se catapultó a concepto. Ejemplo de este proceso de enriquecimiento del modelo social para Colombia se advirtió con la expedición de la resolución 412 del año 2000 “Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública”, norma que integro la atención primaria en salud, con los conocimientos, habilidades clínicas y la

experiencia en gestión de servicios de salud en las principales instituciones de salud del país, para proporcionar herramientas que contribuyeran al mejoramiento de la salud en la población.

La Corte Constitucional profirió la sentencia T-652 del 2006, donde consideró la salud como desligada del servicio público para convertirse en un derecho fundamental autónomo derivado del derecho a la vida, situación que se vio reflejada en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, conocida como “Plan Nacional de Salud Pública”, donde se asignó como principal responsable al Ministerio de la Protección Social, de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud de la población y definió cinco líneas de política que buscaban armonizar y articular el sistema para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales (coberturas).

El Plan Nacional de Salud Pública también definió las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud a los recursos disponibles y a los compromisos establecidos por la nación en los acuerdos internacionales; este escenario propicio el concepto de desarrollo colectivo, para la consecución de planes y programas en salud primarios.

la Corte Constitucional abordó en la sentencia T-760 de 2008, la exigencia al gobierno nacional de solucionar fallas presentadas en el cumplimiento de lo contemplado en el libro segundo de la Ley 100 de 1993, específicamente sobre coberturas y limitaciones del POS. En el 2011 presentándose situaciones de inequidad en el sistema, se estableció una reforma que prometió mejorar la salud de los colombianos, dando una gran participación a la población. La ley 1438 del 2011, propuso el fortalecimiento del SGSSS², por medio de un modelo que establecía un servicio público en salud bajo estrategias de A.P.S., involucrando al estado, las instituciones de salud y la sociedad en su ejecución, con el fin de mejorar las condiciones la salud a través de la creación de ambientes sanos y saludables. A pesar de que se tuvo en cuenta el concepto de salud, no sólo como bienestar físico, sino también salud mental y social, dicha reforma mostró nuevamente una ambigüedad en sus objetivos, ya que más allá del respeto a la salud como derecho fundamental, buscaba una sostenibilidad del sistema, donde predominaban los intereses de las EPS, por encima del criterio médico y del

² SGSSS: Sigla que identifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud. <http://www.cucuta-nortedesantander.gov.co/glosario.shtml?apc=I----&s=b>.

bienestar del paciente; restringiendo de nuevo el acceso a la salud, a pesar de la fuerza que tomo el mecanismo de la tutela, cuyo fin era defender los beneficiarios del sistema a través de la conexidad de los derechos fundamentales con el servicio de salud. Ingrediente que genero la desarticulación y sucesión normativa a partir de las reiteradas manifestaciones jurisprudenciales que se derivan de acciones legales para garantizar y proteger el derecho fundamental a la vida; como derecho conexo a la salud y que permanentemente exigían la eliminación de elementos (administrativos y legales) que limitaban el servicio público al que accedían las personas a través de la salud.

Para evitar que este ejercicio de inestabilidad jurídica se siguiera presentando como consecuencia de la mutación normativa, el estado desarrollo contradictoriamente nueva legislación, pero esta vez con una estructura jerárquica intencionalmente determinada para el logro de la sostenibilidad y continuidad de los procesos legales.

La ley estatutaria 1751 de 2017³. Norma que determina como derecho fundamental a *“la Salud”*. Presento como objetivo primario la eliminación de barreras en la atención que antes obligaban al ciudadano a implementar procedimientos jurídicos para lograr acceder al servicio. Para su implementación administrativa y operacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, lanzó la Política Integral de Atención en Salud (P.A.I.S.)⁴, cuyo objetivo primordial centro la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo; no, en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS). La política comprendió un componente estratégico, que determino las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consistió inicialmente en el Modelo de Atención Integral en Salud M.I.A.S.⁵, hoy ya transformado a un nuevo modelo vigente, el cual se constituyó en el marco inicial para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedieran a servicios seguros, accesibles y humanizados. "El centro de la atención de salud son las personas. Por ello los gobernantes a través de las políticas públicas son los llamados a responder a las necesidades de la salud de los colectivos y no a la supervivencia de las IPS y

³ www.minsalud.gov.co. Ley Estatutaria 1751, febrero 16 del 2015.

⁴ P.A.I.S: (2016). Sigla que determina la Política Integral de atención en Salud. Política pública asumida por el Gobierno Nacional006C

⁵ M.I.A.S: (2016). Sigla que establece el Modelo Integral para la atención en Salud. Publicado por el Ministerio de Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=dcssubject:%22Modelo+Integral+de+Atenci%C3%B3n+en+Salud+MIAS%22>

EPS”⁶. De esta forma establecemos nuestra primera critica al sistema vigente, pues el modelo se centró en sus inicios en el control de gestión de las entidades promotoras o prestadoras de salud y **claramente olvido que la razón del servicio fuente del derecho era, el Ser Humano.**

La fuente de este ejercicio critico emana del nivel de intervención que realiza hoy en el sistema tomando como referente el municipio de Pereira; la Personería de Pereira, entidad que cumplen un papel relevante dentro del sistema de salud local, particularmente en su función de garante de los derechos fundamentales de la ley estatutaria apropiada. Su intervención como órgano de control y vigilancia administrativa permite canalizar, acompañar y vigilar la garantía efectiva del derecho a la salud de los ciudadanos de Pereira en una proporción de atención promedio por periodo mensual de Ochocientos (800) requerimientos de usuarios, peticiones, acciones constitucionales, quejas, reclamaciones, intervenciones ante EPS y IPS, visitas de control y otras actuaciones derivadas de la misionalidad institucional. Este ejercicio de la Personería Municipal como órgano del Ministerio Público en el nivel territorial, se ejecuta conforme a los artículos 118 y 311 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 136 de 1994, que fuera modificada por la Ley 1551 de 2012, por lo cual se cuenta con competencias de: Vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas en el ámbito municipal. Protección y promoción de los derechos humanos e Intervención en defensa del interés público. De esta forma se interviene a través de acuerdos, inspección y acciones constitucionales que promueven soluciones de fondo a la problemática que avanza frente a la calidad, cobertura o gestión de servicio en la individualidad del usuario y el colectivo social local.

Estas competencias descritas cobraron aun mayor relevancia desde que el gobierno nacional expidió la Resolución 2626 de 2019. Esta resolución modifco la P.A.I.S y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial M.A.I.T.E, que incorpora y fortalece todos los componentes del marco de intervención anterior que enunciábamos como M.I.A.S, lo cual logro en su modelo de desconcentración, mejorar la articulación territorial en municipios y garantizar cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud.

⁶ cita: Ministro de la Protección Social, lanzamiento de la política pública (MIAS), Colombia (2016). Resolución 2626 de 2019. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

CONTENIDO

Para abordar el análisis del contexto propuesto en la ley 1751 de 2015 y P.A.I.S, hoy M.A.I.T.E; debemos establecer una base o referencia, que nos permita entender la dinámica “*innovadora*” propuesta a través de esta ley. Para ello partiremos de la premisa establecida a través del documento CONPES 3204 de 2002⁷, que se presentó por el gobierno nacional, como una de las estrategias regulatorias de la “Política de Prestación de Servicios de Salud”; para el mejoramiento de la eficiencia de la oferta a través de la promoción de un modelo de atención. Este documento ha sido debatido durante su existencia (más de 20 años), por todos los sistemas evaluativos estatales y privados, para determinar finalmente de manera concurrente sobre su actual inaplicabilidad o ausencia de implementación, a pesar de ser un instrumento técnico que debería facilitar la masificación de procesos. Este ejercicio no ha desarrollado de manera integral, pese a la existencia evolutiva y sistemática de un sin número de decretos que legislan y controlan cada uno de los temas propuestos y que anualizada mente abarrotan de obligaciones y tareas a las secretarías departamentales y municipales de salud, a quienes por competencia legal les subyace la obligación de control y vigilancia del sistema. Se plantea concluyentemente sobre las condiciones del servicio de salud, que la constante es la obsolescencia tecnológica en el primer nivel de atención, la reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y el crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con participación de la oferta privada sobre la oferta pública⁸. Diríamos que estos elementos se amplían en su concepto crítico, cuando se hace hincapié en los “débiles procesos de referencia y contra referencia, el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores, y los deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar y garantizar procesos de atención con condiciones de calidad”⁹.

⁷ Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3204 de 2002. Documento a través del cual se establecen parámetros para el mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país

⁸ Documento: Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., enero de 2016. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>

⁹ Documento: Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., enero de 2016. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>

Las causas para el mal ejercicio actual de los sistemas de atención y asistencia en salud en nuestro sentir, van más allá de un marco técnico de implementación o de un sistema reglado legislativo, pues debe ser claro que la operatividad del sistema está colapsada por elementos como la ausencia de protocolos de atención viables de cumplir, la ausencia de efectividad de las entidades encargadas de gestionar el servicio administrativamente, la inaplicada voluntad de integración de los diferentes actores y la ausencia de capacitación idónea de ejecución de los prestatarios. Todo ello confluye en una problemática grupal que colapsa los procesos a lo que se le suma la alta demanda del servicio y los desgastes generados por la acumulación de obligaciones insolubles (**cartera no pagada**), que debilitan el financieramente las entidades encargadas de prestar los servicios.

Con una vocación intervencionista, el Estado desarrolló una reforma bajo normas que determinaban obligaciones que deben ser implementadas para la búsqueda de soluciones dogmáticas¹⁰; lo cual no sabemos si efectivamente constituya un verdadero aporte o por el contrario siga sumando el catálogo legislativo de regulación sin eficacia. (Circulares, resoluciones, decretos, leyes etc.), que hoy siguen tratando de darle un norte cierto a las políticas de atención a los ciudadanos y prestatarios del servicio.

*“La ley estatutaria de salud vigente, tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”*¹¹. Este alcance propuesto, determina, que, a través de esta reglamentación, se ha de generar “regulación efectiva” para garantizar el derecho fundamental a la salud de los colombianos. Es claro que, siendo un ejercicio regulatorio de ambiciosa esfera de aplicación, debe contener mucho más que enunciados para lograr sus objetivos propuestos que se traduzcan en modelos administrativos de gestión, procesos, procedimientos, protocolos, adherencias que contribuyan a la eliminación de las barreras administrativas y soluciones al déficit económico que en principio determinamos deben ser más que enunciados legales. Se trata de una legislación de rango superior según la teoría de la jerarquía de la ley. (H. Kelsen¹²), sobre las otras leyes que

¹⁰ Dogmática jurídica: Disciplina perteneciente al Derecho, cuyo método se basa en la de complejos sistemas de carácter formal, compuestos por dogmas jurídicos o tipos referenciados en normas.

¹¹ Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2016. Objeto.

¹² H. Kelsen. Precursor del Sistema jurídico graficado en forma de pirámide, el cual es usado para representar la jerarquía de las leyes, unas sobre otras y está dividida en tres niveles, el nivel fundamental en el que se encuentra

usualmente se tramitan en el Congreso. Las leyes estatutarias prolongan la Constitución, mientras que las leyes de otra jerarquía la desarrollan, se encuentran definidas en el artículo 152 de la Constitución Política, regulan materias específicamente relacionadas como los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección, cuando este tipo de legislación o normatividad entra en vigor, automáticamente comienza a hacerse parte de la Constitución política. Las implicaciones de haber sido determinada y aprobada la salud como una ley estatutaria tienen un efecto inmediato en el sistema legislativo de la nación, siendo ella un mecanismo establecido en su objeto para mejorar el sistema de forma preponderante. El principio de esta connotación que expresamos, parte de establecer que la regulación, elevo la salud al nivel de derecho fundamental autónomo, pues anteriormente se definía el derecho a la salud según los artículos 44 y 49 de la Constitución Política como un derecho inherente a la persona. Según un primigenio criterio formalista de interpretación, el derecho a la salud fue considerado como un derecho meramente prestacional debido a su ubicación topográfica en dicha Constitución, lo que genero la obligación de regularlo. Al tratarse de un derecho fundamental, implico que la salud, entendida como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, debe ser garantizada, bajo responsabilidad del Estado, a todas las personas, sin distingo de ninguna naturaleza. En la práctica esto implicaba que, antes siendo un servicio, las personas, para hacerlo valer tenía que recurrir a la justicia a través de mecanismos como la acción de tutela **con el propósito de que se le reconociera como derecho fundamental** y así poder obtener la protección del derecho a la vida, para derribar las barreras administrativas que se imponían al usuario. Este mecanismo llevo a reiterados pronunciamientos de la corte constitucional que establecían la conexidad del derecho a la salud como derecho fundamental y paulatinamente se fue afianzando como derecho autónomo. Sentencias.T-540 de 2002, T-1111 de 2013, T-180 de 2013¹³.

la constitución, como la suprema norma de un estado y de la cual se deriva el fundamento de validez de todas las demás normas.

¹³ Corte Constitucional: Sentencias.T-540 de 2002, T-1111 de 2013, T-180 de 2013. Derecho a la salud como derecho fundamental autónomo, reiteración de jurisprudencia. derecho a la salud de personas de la tercera edad como fundamental autónomo. www.corteconstitucional.gov.

Los derechos fundamentales son derechos humanos positivizados¹⁴ en un ordenamiento jurídico concreto. Es decir, son los derechos humanos (DDHH)¹⁵, concretados espacial y temporalmente. Esta norma Estatutaria, que se encuentra de la cúspide de la jerarquía legislativa de nuestro ordenamiento jurídico. La ley 1751 de 2015, establece el marco de un modelo de prestación del servicio que altero sustancialmente el modelo de salud en Colombia, desde su concepción de derecho fundamental, lo cual determino su obligatorio cumplimiento por encima de cualquier marco normativo legal o administrativo propuesto. Si analizamos su eficacia material, por su rango como desarrollo de la constitución evita que la personas se sometan a la voluntad de procedimientos administrativos, resoluciones, circulares y de mandamientos operativos; lo que determina en la práctica que, a partir de la expedición de la ley, **la salud de las personas está por encima de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. Lo cual determina que no se puede negar la atención a una persona, imponerle demoras y trabas o esgrimir razones económicas para negar la prestación. Este es el espíritu y razón fundamental de la expedición de la norma, que genera la sustentación necesaria, para seguir evitando el desgaste del aparato judicial y definir una regulación específica en materia de servicios que los operadores hoy niegan.**

Acorde con los registros de atención de la Personería de Pereira, es evidente que, el noventa por ciento (90%) de los usuarios que hoy requieren los servicios, buscan resolución a sus problemáticas del sistema, para lo cual se hace necesario la implementación reiterada de acciones constitucionales que generen solución de fondo para lograr la cobertura o implementación del servicio ordenado por el médico tratante, que garantice el restablecimiento en el paciente de su estado de salud. Las Nuevas Concepciones del Servicio como elemento fundamental, emana de la consagración específica de que, el servicio de salud debe prestarse de manera integral, y no de manera parcial o segmentada. Las entidades responsables de la administración del sistema, los prestatarios como hospitales, médicos, farmacéuticas y los demás actores del sistema deben responder frente a su funcionamiento a la jerarquía de la norma en su carácter fundamental, entendiendo que la ley trae implícita la

¹⁴ Vidal Perdomo Jaime. (1996). Derecho constitucional general e instituciones políticas colombianas.

¹⁵ Derechos Humanos: Son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna.

orden de adecuación de estructuras físicas y administrativas que desarticulen las barreras que hoy operan recurrentemente en el sistema. Otro elemento que se impone desde la perspectiva legal se desprende de, ser la primera vez que una ley deja sentado que, en materia de salud, las personas tienen deberes consigo misma y con el sistema de salud, promoviendo desde una perspectiva cultural, el autocuidado, la prevención del riesgo y la adopción de hábitos saludables de vida.

Dentro de los elementos consagrados en este modelo de prestación, se encuentra el cambio en la operacionalización del régimen de beneficios vigente y que conocíamos como Plan Obligatorio de Salud (POS), que definía de manera específica los medicamentos, procedimientos e insumos a los que los usuarios del sistema tenían acceso, quedo abolido para dar paso a un ***plan universal de beneficios*** soportado en un régimen de exclusiones expresas, es decir, que los usuarios tienen hoy derecho a que se les ordene o implemente en la atención, lo que el médico ordene con las excepciones y exclusiones específicas. Podríamos estimar bajo esta connotación, que se establece la dignificación del profesional de la medicina, a quien se le designo como eje del proceso valorativo del sistema para definir las condiciones de atención del paciente.

Las Características del Plan Universal de Salud, buscan equidad humana, pues todo lo que se incluyó en el régimen contributivo, está también a disposición del régimen subsidiado. Prioriza poblaciones vulnerables: niños, mujeres, personas con menores ingresos y población ROM¹⁶. Incluye medicamentos, tratamientos y dispositivos médicos y estableció inclusiones en temas prioritarios como: salud sexual y reproductiva, tratamientos psicológicos y psiquiátricos de las víctimas de violencia y protección a la mujer.

¹⁶ ROM. Sigla que identifica la población Gitana que habita una nación. Según el DANE, el 94% de la población ROM colombiana, reside en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Valle del Cauca, Norte de Santander, Santander y Nariño y en la ciudad de Bogotá.

**ENUNCIADOS QUE SE ESTABLECEN COMO MARCO DE REFERENCIA PARA
EL ACCIONAR DE LA PERSONERIA DE PEREIRA.**

- La salud debe ir más allá de la atención de la enfermedad e incluir la condición de las personas sanas. Por ello la ley prevé los componentes de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación de las enfermedades, de acuerdo con las necesidades de los usuarios.
- La cobertura deberá ser universal para lo cual se determina la complementariedad de los regímenes subsidiado y contributivo.
- La atención de urgencias deberá brindarse sin solicitud de autorizaciones o exigencia económica.
- Como la salud es un derecho autónomo, siendo un derecho del orden fundamental seguirá amparado por las acciones constitucionales.
- El Estado deberá proveer recursos necesarios para garantizar el derecho a través de todas sus fuentes de financiación y hacer los ajustes presupuestales pertinentes para evitar que existan desequilibrios financieros, al tiempo que vela por que el sistema sea sostenible económicamente en el tiempo.
- Los recursos de la salud no pueden utilizarse para otros fines o desviarse en otros propósitos de ejecución estatal.
- Los recursos de la salud son inembargables.
- Se establece un sistema de regulación de precios en toda la cadena que interviene en el mercado de los medicamentos.
- Se establece el reconocimiento expreso de la autonomía médica; lo que prescriba u ordene el médico debe respetarse, y para ello no pueden imponerse restricciones o barreras.

ELEMENTOS ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDOS.

- Los procedimientos cosméticos y suntuarios no se incluyen en el sistema universal.
- Los procedimientos experimentales, medicamentos, procedimientos, dispositivos o procesos sanitarios que no posean evidencia científica.

- Se determina la territorialidad de la ley al no generar extensión a los tratamientos en el exterior que puedan ser brindados en el país.
- Como mecanismo de protección se establece la ausencia de aval o homologación para los medicamentos, procedimientos, dispositivos o procesos sanitarios de cualquier índole cuyo uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.
- Para todos o cualquiera de estos casos, dispone el texto de la Ley que “Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria”.
- Indica la norma que las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

CONCLUSIONES

- Aun cuando hoy el derecho a la salud goza de un marco de jerarquía normativa de carácter **“Estatutario”** como desarrollo de la constitucional nacional, lo que implique ser un derecho fundamental positivizado, prevalecen hoy muchas inequidades en la práctica, especialmente frente a la atención del sistema de salud en contravía del modelo de atención regulado el cual establece un ejercicio integral a los servicios prestados por el sistema.
- El marco legal propuesto a través de la ley estatutaria 1751 de 2015, realiza una propuesta de Unidad y Equidad que deberá ser intervenida para determinar su efectividad y consistencia práctica
- La pobreza y demás determinantes sociales se han convertido en el principal obstáculo para los servicios de salud. Colombia no escapa a este escenario, por ello la trazabilidad de las políticas públicas deben fundamentarse en la universalización del servicio y efectivización de la protección del derecho fundamental.
- Se Señalan como tareas necesarias para el desarrollo del sistema de salud.:
 - a) Mejorar la salud a través de mecanismos y estrategias como el autocuidado, la promoción y prevención.
 - b) Responder a las expectativas de la población y los usuarios de acuerdo con la demanda del servicio.
 - c) Proveer protección financiera sobre los costos de la relación salud enfermedad para garantizar la atención integral.
- La atención primaria debe ser repensada en términos de servicio, toda vez que el sistema ha sido insuficiente con respecto a la cobertura, efectividad y financiamiento.
- A través de la implementación de mecanismos de regulación, Colombia nos muestra determinación de las competencias de vigilancia y control que reglamentan el servicio.
- Se establece un llamado para que todos los mecanismos del Estado y sus instituciones sean puestos al servicio del derecho fundamental que debe cubrir a todos los colombianos, en condiciones de equidad y oportunidad.

REFERENCIAS

- [1]. Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Revista Salud Colectiva. Universidad Andina Simón Bolívar. Volumen 6 n.1. Lanús. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007
- [2]. Vidal, J. (1996). Derecho constitucional general e instituciones políticas colombianas. Editorial Universidad Externado de Colombia. Colombia. Pp 419
- [3]. Congreso de la Republica. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 49.427. Colombia
- [4]. Consejo Nacional de Política económica y Social. Documento CONPES 3204 de 2002. Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos. DNP: DDS-SS. Ministerio de Salud. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Colombia
- [5]. Política de Atención Integral en Salud (2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia
- [6]. Organización Panamericana de la Salud OPS. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (2008). Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Biblioteca Sede OPS. Catalogación en la Fuente. Washington, D.C

[7]. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud (2016). Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables. Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana (2012-2016). Colombia

[8]. <http://web.minsal.cl/proyectos-de-atencion-primaria-de-salud/>

[9]. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/espanol>

[10]. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-030508/es>

[11]. Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba 1959-1984. Rev. Cubana Salud Pública. 34662005000200011&lng=es&nrm=iso&tlang=es

[12]. de la Torre E, Márquez M, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo C, Rojas Ochoa F. Salud para Todos Sí es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública. La Habana

[14]. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/espanol>

[15]. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-030508/es/>

[16]. www.corteconstitucional.gov

[17]. http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_p%C3%BCblica