



**UNIVERSIDAD LIBRE  
SECCIONAL CÚCUTA  
BIBLIOTECA “MANUEL JOSÉ VARGAS”**

Resumen Tesis de Grado

---

AUTOR(ES) Nombres y Apellidos completos

ANGELICA MARION CAMACHO PASTRAN  
LUZ ADRIANA COLMENARES ORTEGA  
EDGER GUEVARA FLOREZ

FACULTAD: DERECHO

DIRECTOR Dr. GUILLERMO TAPIAS

TITULO DE TESIS: DETERMINAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EXISTENTE RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS QUE PRESTAN A TRAVÉS DEL AREA DE URGENCIAS LAS IPS, EPS DE LA CIUDAD DE CUCUTA

RESUMEN: La investigación se basó en un análisis descriptivo socio jurídico del grado de cumplimiento de la normatividad vigente respecto a la calidad del servicio de urgencias en las diferentes EPS, IPS, que operan en la ciudad de Cúcuta, donde se evidencia, la falta de una debida atención tal como lo estipula la ley. La mayoría de usuarios encuestados se encuentran insatisfechos con la atención brindada. No se cumple la normatividad vigente en el derecho a la salud.

CARACTERÍSTICAS

<hr/> 111	<hr/>	<hr/>	<hr/>
PAGINAS	PLANOS	ILUSTRACIONES	DIPOSITIVAS

ENCABEZAMIENTO DE MATERIAS  
Uso exclusivo de la biblioteca

FECHA 2008

DETERMINAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD  
EXISTENTE RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS QUE  
PRESTAN A TRAVÉS DEL AREA DE URGENCIAS LAS IPS, EPS DE LA CIUDAD  
DE CUCUTA

ANGELICA MARION CAMACHO PASTRAN  
LUZ ADRIANA COLMENARES ORTEGA  
EDGER GUEVARA FLOREZ

UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA  
SECCIONAL CUCUTA  
FACULTAD DE DERECHO  
SAN JOSE DE CUCUTA  
2008

DETERMINAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD  
EXISTENTE RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS QUE  
PRESTAN A TRAVÉS DEL AREA DE URGENCIAS LAS IPS, EPS DE LA CIUDAD  
DE CUCUTA

ANGELICA MARION CAMACHO PASTRAN  
LUZ ADRIANA COLMENARES ORTEGA  
EDGER GUEVARA FLOREZ

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de Abogados

Director:  
GUILLERMO TAPIAS

UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA  
SECCIONAL CUCUTA  
FACULTAD DE DERECHO  
SAN JOSE DE CUCUTA  
2008

**Para empezar un gran proyecto, hace falta valentía. Para terminar un gran proyecto, hace falta perseverancia.**

**Cada fracaso supone un capítulo más en la historia de nuestra vida y una lección que nos ayuda a crecer. No te dejes desanimar por los fracasos. Aprende de ellos, y sigue adelante.**

**Saber no es suficiente; tenemos que aplicarlo. Tener voluntad no es suficiente: tenemos que implementarla.**

**(Goethe )**



## **DEDICATORIA**

### **GRACIAS**

**A MI DIOS, por la sabiduría y la inteligencia que me dio, igualmente por colocar los medios necesarios para desarrollar los logros propuestos.**

**A MIS PADRES Y HERMANAS, por el Amor, la Paciencia, la Colaboración, la Motivación y la Ayuda Incondicional que me brindaron para el desarrollo del proyecto y en especial en mi carrera profesional.**

**A WILLIAM APOSTOL RIVERA, Mi Novio que fue de gran ayuda y colaboración en este trabajo de tesis.**

**A ANA MARIA ORTEGA PARADA, Por ser una persona especial, gracias por la asesoría que nos brindo y además fue de gran ayuda para el desarrollo de este proyecto realizado.**

**A MIS AMIGAS (OS) Adriana Colmenares, Edger Guevara, Lilibeth Hernández, Shirley Rodríguez, Ximena Lizarazo, Jenny Torres y Sandra Jerez.**

**Todos somos muy ignorantes. Lo que ocurre es que no todos ignoramos las mismas cosas. Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.**

**ANGÉLICA CAMACHO**

## **CONTENIDO**

	Pág.
INTRODUCCION	11
1. GENERALIDADES	13
1.1. EL PROBLEMA	13
1.1.1. Planteamiento del problema.	13
1.1.2. Formulación del problema	14
1.1.3. Sistematización del problema	14
1.2. OBJETIVOS	14
1.2.1. Objetivo general.	14
1.2.2. Objetivos específicos	14
1.3. JUSTIFICACION	15
2. MARCO TEORICO	16
2.1. ANTECEDENTES	16
2.1.1. Antecedentes investigación	16
2.1.2. Antecedentes históricos.	16
2.2. BASES TEORICAS	19
2.2.1. Derecho a la salud	19
2.2.2. La tutela del derecho a la salud	20
2.2.3. Los límites del mercado para el derecho a la salud.	22
2.2.4. Definición del término urgencia y otros afines	25
2.3. BASES CONCEPTUALES	26

2.4. MARCO LEGAL	27
3. METODOLOGIA	30
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
3.2. POBLACION Y MUESTRA.	30
3.2.1. Población.	30
3.2.2. Muestra	30
3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN	30
3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	30
3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACION	31
3.6. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN QUE SE ADQUIRIÓ EN EL TRABAJO DE CAMPO.	31
3.6.1 Análisis estadístico de la encuesta aplicada en las IPS, EPS de San José de Cúcuta.	32
4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	42
4.1. FUNDAMENTACION TEORICA	42
4.1.1. El Derecho a la Salud.	44
4.1.1.1. Características del derecho	48
4.1.2. Objetivos de la seguridad social en salud contemplados en la Constitución Nacional.	52
4.1.3. La vulneración del derecho a la salud	53
4.1.3.1 Acción de tutela en cubrimiento del derecho a la salud: criterios para conceder el cubrimiento según la corte	56
4.1.4. Normatividad Internacional y regional de carácter general	60
4.1.4.1. Instrumentos relativos a sectores y problemas específicos	62
4.1.5. Responsabilidad del Estado	63

4.1.5.1. Responsabilidad Positiva	64
4.1.5.2. Responsabilidad Negativa	65
4.1.5.3. La obligación de adoptar medidas	66
4.1.6. Los servicios de urgencias el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).	67
4.1.6.1. Triage de urgencia.	68
5. RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL SECTOR DE LA SALUD	72
5.1. MECANISMOS DE DEFENSA DE LOS DERECHOS A LA SALUD.	80
6. NORMATIVIDAD SERVICIO URGENCIAS.	82
7. CONCLUSIONES	101
ANEXOS	102
	103



## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estrato socioeconómico	32
Tabla 2. Tipo afiliación	33
Tabla 3. Cómo calificaría Ud. la relación que entabló con la persona que lo (a) atendió en el servicio de urgencias	34
Tabla 4. El tiempo de espera para ser atendido, lo califica	35
Tabla 5. Como califica el interés por parte del cuerpo medico en solucionar su urgencia	36
Tabla 6. Le han exigido dinero para prestarle el servicio de urgencias	37
Tabla 7. Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a	38
Tabla 8. Alguna vez le han negado la prestación del servicio de urgencias	39
Tabla 9. Sabe usted donde quejarse por la negación de la prestación del servicio de urgencias	40
Tabla 10. Cree usted que al no prestarle el servicio de urgencia se le esta violando algún derecho	41

## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución porcentual estrato socioeconómico	32
Gráfica 2. Distribución porcentual tipo afiliación	33
Gráfica 3. Distribución porcentual cómo calificaría Ud. la relación que entabló con la persona que lo (a) atendió en el servicio de urgencias	34
Gráfica 4. Distribución porcentual el tiempo de espera para ser atendido, lo califica	35
Gráfica 5. Distribución porcentual como califica el interés por parte del cuerpo medico en solucionar su urgencia	36
Gráfica 6. Distribución porcentual le han exigido dinero para prestarle el servicio de urgencias	37
Gráfica 7. Distribución porcentual encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a	38
Gráfica 8. Distribución porcentual alguna vez le han negado la prestación del servicio de urgencias	39
Gráfica 9. Distribución porcentual sabe usted donde quejarse por la negación de la prestación del servicio de urgencias	40
Gráfica 10. Distribución porcentual cree usted que al no prestarle el servicio de urgencia se le esta violando algún derecho	41

## INTRODUCCION

Desde hace mucho tiempo, la salud se considera un derecho humano básico. Esto se ha hecho de manera más o menos implícita, en tanto es difícil determinar hasta donde -si es que hay un límite-, se puede hablar del derecho a la salud. De manera más explícita, resultaría mucho más correcto hablar de derecho a una atención básica en salud, puesto que es en esta dirección, hacia donde parecen dirigirse todos los esfuerzos de la comunidad internacional y de nuestra propia legislación. El reconocimiento de que la atención básica en salud, debe tratarse como un derecho humano que está vinculado de manera directa a bienes humanos fundamentales, y que la dicotomía tradicional entre Derechos Civiles versus Derechos Económicos Sociales resulta superflua aquí, es la preocupación central de esta ponencia. Al final argumentamos que una "ética del racionamiento de los recursos de salud" es posible, y debe ser posible siempre y cuando ésta se formule dentro de un marco conceptual que no pretenda justificar situaciones de injusticia estructural, que tenga presente el compromiso con el bien común, y que opte por el respeto a la dignidad humana.

La Constitución Política ha establecido el acceso a los servicios de salud como un derecho de todos los habitantes del territorio nacional y al mismo tiempo determinó como un deber de los ciudadanos el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. En cumplimiento del ordenamiento constitucional vigente, el Estado colombiano garantiza el derecho a la salud de sus habitantes mediante la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A través de dicho sistema, se accede a la prestación de los servicios de salud mediante un esquema de aseguramiento.

La presente investigación se basó en el análisis de la prestación del servicio de urgencias por las IPS y EPS de la ciudad de Cúcuta, para lo cual se aplicó una encuesta a los usuarios de este servicio, la cual se realizó de manera aleatoria en diferentes centros de salud de la ciudad.

En la primera parte se presentan las generalidades del proyecto, es decir, el planteamiento del problema, los objetivos propuestos dentro de la investigación y justificación de la misma. En la segunda los referente teóricos.

Seguidamente el diseño metodológico de la investigación la población objeto de estudio y la muestra, las fuentes de recolección de información, y el análisis estadístico de la encuesta.

En la cuarta parte en adelante se desarrolla la fundamentación teórica del derecho a la salud, desde el punto de vista constitucional, la responsabilidad social y la legislación de urgencias.

## **TITULO**

DETERMINAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EXISTENTE RESPECTO A LA CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS QUE PRESTAN A TRAVÉS DEL AREA DE URGENCIAS LAS IPS, EPS DE LA CIUDAD DE CUCUTA

## 1. GENERALIDADES

### 1.1. EL PROBLEMA

**1.1.1. Planteamiento del problema.** El derecho a la salud hace parte de los derechos que conforman el derecho a la seguridad social, consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política. Es, por lo tanto, un servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse siguiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La atención de la salud de las personas y del saneamiento ambiental están a cargo del Estado, el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y ejercer el control y la vigilancia sobre las entidades privadas que prestan el servicio público de la salud.

El derecho a la salud, por mandato constitucional, tiene el carácter de fundamental y prevalente en los niños. En las personas adultas, el derecho a la salud adquiere el carácter de fundamental cuando se relaciona con otros factores, como cuando la vulneración al derecho a la salud amenaza el derecho fundamental a la vida, a la integridad física o mental.

El derecho a la salud está compuesto por cuatro elementos esenciales: disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios, acceso a dicha infraestructura, aceptabilidad (respeto por el paciente, reconocimiento de la diversidad) y calidad. Así mismo, este derecho tiene una dimensión colectiva, relacionada con la salubridad pública, y una dimensión individual, circunscrita a la promoción del bienestar y la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades.

Las vulneraciones más graves se encuentran en la prestación de los servicios de urgencias, debido a las condiciones en las que se encuentra las clínicas y hospitales. Frente a este particular debe resaltarse que las condiciones de los servicios de urgencias son las más preocupantes, en la medida en que la prestación de estos servicios implica una vulneración grave del derecho a la salud, sobretodo en los casos que se tratan de urgencias vitales.

La deficiente e inoportuna atención de urgencias es causa constante de quejas y reclamos de los usuarios ante la Defensoría del Pueblo. En efecto, se da cuenta de la incorporación por parte de los aseguradores de aparentes refinamientos técnicos, consideradas meras ambigüedades reglamentarias, que tocan la esencia y sentido de la “urgencia” (como acepción de lo inaplazable), además de desconocer la precisión legal. Así, por ejemplo, se ha acuñado el difuso término de “urgencia vital” para impedir o restringir a los usuarios el acceso al servicio. También se han adoptado métodos de selección y escalas de preferencia

en la atención de urgencias de acuerdo a los niveles de su complejidad (Procedimiento comúnmente llamado (Triage)).<sup>1</sup>

Está colapsado y es una situación bastante crítica. Como afrontar una situación de crisis estructural en atención a la salud, los servicios de urgencia se convirtieron, prácticamente, en la única vía que los ciudadanos tienen para que los atiendan bien y rápidamente.

Su utilización está al máximo en Cúcuta. Hay días en que todos los servicios de urgencias están repletos. Si por desgracia ocurre un desastre natural, la capacidad de respuesta del hospital y en todas las EPS, IPS es prácticamente nula. Hoy, las urgencias están saturadas de cosas que no son urgentes. La gente busca las urgencias porque, por el sistema tradicional, tiene que esperar días, semanas y hasta meses, para que le den la cita médica.<sup>2</sup>

**1.1.2. Formulación del problema** ¿Cuál es la situación de los usuarios en los servicios de urgencias en Cúcuta, dentro del ámbito del derecho a la salud?

**1.1.3. Sistematización del problema**

¿Cuál es la opinión de los usuarios de los servicios de urgencias sobre la prestación del mismo?

¿Cuáles son los criterios mínimos en la prestación del servicio de urgencias de las IPS y EPS en la ciudad de Cúcuta?

¿Cuál es la situación del derecho a la salud en el marco nacional?

## **1.2. OBJETIVOS**

**1.2.1. Objetivo general.** Determinar el grado de cumplimiento de la normatividad existente respecto a la calidad del servicio de urgencias que prestan a través del área de urgencias las IPS, EPS de la ciudad de Cúcuta

**1.2.2. Objetivos específicos.** Determinar a la luz de la normatividad vigente sobre el servicio de urgencias, el grado de cumplimiento que se está dando a los indicadores de calidad exigidos.

Identificar el tratamiento que la jurisprudencia le ha dado respecto a los derechos fundamentales que hacen referencia al derecho a la salud en la prestación del servicio de urgencia por parte de las IPS, EPS en la ciudad de Cúcuta

---

<sup>1</sup> En un servicio de urgencias, la palabra triage se refiere al proceso de recepción y acogida del paciente por parte del personal médico y paramédico para su posterior clasificación según su situación de salud que determinarán la prioridad en la atención

<sup>2</sup> ESGUERRA Roberto, presidente de la asociación de clínicas y hospitales, y director general de la Fundación Santa Fe, en la capital.

Establecer el grado de conformidad, aceptación o reclamos en el servicio de urgencias prestados en las IPS, EPS de la ciudad de Cúcuta

### **1.3. JUSTIFICACION**

El reconocimiento de los derechos sociales, económicos y culturales (DESC), es el segundo hito en materia de derechos humanos en el contexto internacional, después de la proclamación de los derechos civiles y políticos. Esta secuencia en el reconocimiento de los derechos humanos, ha llevado a clasificar los civiles y políticos como derechos de primera generación, y los DESC como de segunda generación. El reconocimiento de los DESC se materializa en su inclusión en los textos constitucionales de un buen número de países, o de su reconocimiento implícito aún sin estar incluido como un mandato constitucional.

La salud, como uno de los DESC, enfrenta estos desafíos con unas connotaciones muy particulares, pues las mencionadas limitaciones de recursos, que implican una satisfacción incompleta del derecho, pueden llevar a situaciones en las que se pone en riesgo la integridad, o incluso, la vida del individuo. En este punto, el derecho a la salud dejaría de ser un derecho prestacional para convertirse en un derecho fundamental, pues de su desconocimiento se derivaría la afectación de un derecho de primera generación como es el derecho a la vida o el derecho a la integridad personal.

La no prestación del servicio de urgencias a los que lo solicitan, argumentando no afiliación a una Empresa Aseguradora, inexistencia de contratos entre Aseguradoras y Prestadoras de servicios de salud, falta de carné o por no figurar en las bases de datos preestablecidas para identificar a los asegurados, sumado a cobros indebidos que hacen las Prestadoras del Servicio a los usuarios antes de proporcionarlo, a una demora en la asistencia y a una clasificación no calificada de las urgencias mismas, son quejas que ameritan ser estudiadas por la ciudadanía, haciendo uso del derecho que le confiere la Constitución Nacional.

La presente investigación tiene como fin evaluar la situación de los usuarios del servicio de urgencias en Colombia, como futuros profesionales de derecho es de interés indagar sobre las problemáticas sociales que más afectan nuestra sociedad, una de ellas es la atención que deben recibir los usuarios del sistema de salud en caso de una urgencia, este o no afiliado al sistema.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES**

#### **2.1.1. Antecedentes investigación**

QUINTERO BARRIOS Kelly Yoliana. RIVERA, Edisson Fabián MARTINEZ MARTINEZ Johanna. Vulneración del derecho a la salud con conexidad del derecho a la vida. Universidad Libre 2006

Trabajo social desarrollado en la personería municipal oficina de derechos humanos, donde se atendieron a personas enfermas de SIDA con el fin de orientación jurídica por ser vulnerados sus derechos fundamentales como los de la salud y la vida.

SANCHEZ BLANCO Alix Mireya Conociendo nuestra comunidad régimen en salud subsidiado y seguridad social SISBEN. Universidad Libre 2000.

La siguiente investigación es de tipo jurídico social porque busca beneficiar a la comunidad buscando en artículos y decretos y leyes.

La población con la cual se trabajó son los habitantes de los barrios que conforman la comuna 10 y que se encuentran sisbenizados.

Se realizó un análisis pormenorizado que tiene el sistema de selección, análisis de las falencias de los programas sociales SISBEN. Además se dictaron charlas sobre temas sociales y jurídicos en temas de interés para la comunidad.

#### **2.1.2. Antecedentes históricos.**

Puede afirmarse que la salud es un fenómeno colectivo de carácter social, es decir, un proceso y un producto social. Lo anterior permite afirmar que la salud de un individuo trasciende el marco estrictamente laboral o de trabajo, porque es la resultante de condiciones laborales y del ambiente. En consecuencia, el derecho a la salud y a la seguridad social son verdaderos derechos colectivos, servicios públicos esenciales, y no simplemente beneficios laborales. La nueva concepción de la seguridad social, prevista en la Carta Política como un derecho colectivo, un derecho fundamental y un derecho irrenunciable de los personas, ha motivado la reestructuración del servicio público de salud en el país, contemplada básicamente en las Leyes 60 y 100 de 1993.

En primer lugar, y para comprender en su conjunto el derecho a la salud, es necesario hacer referencia a su historia y de donde proviene. Sus comienzos se remontan a la edad media en Europa, ya que de allí surgen los primeros conceptos sobre el tema tales como los sistemas de salud, la atención al paciente, entre otros. La medicina no se consideraba algo de



carácter científico, "lo terapéutico fue considerado como un saber y un poder femeninos y como un elemento de su identidad. Este poder se fundaba en una representación de la medicina como un saber más empírico que teórico y en una imagen de la mujer como un ser que, por su capacidad de ser madre, estaba más próxima a la naturaleza y conocía mejor sus secretos<sup>3</sup>".

Con la llegada del feudalismo y el imperio de la iglesia católica se generan una cultura sobre el bien y el mal que influyó poderosamente en el campo de la salud. En el siglo XIV aparecen los primeros decretos de reglamentación del ejercicio profesional terapéutico, autorizando su ejercicio únicamente a los médicos diplomados y como una actividad exclusiva para los hombres, lo que produjo una modificación de las actividades terapéuticas. En el Siglo XVII, se dictaron leyes que castigaban con multas y encarcelamiento el ejercicio ilegal de los partos. Sin embargo, en el Siglo XVIII, esta prohibición generó problemas por lo que se facilitaron autorizaciones para su ejercicio. Con la revolución Francesa dichas autorizaciones fueron expedidas por las autoridades civiles.

A mediados del siglo XIX se dio paso a la enfermería. De este modo se integraba a la mujer a las actividades que tenían que ver con la salud. Desde el Siglo XIX, los acontecimientos de la vida reproductiva de la mujer fueron tomados en cuenta por la medicina para su tratamiento. Hasta finales de este siglo cada persona era responsable de sí misma en la atención en salud, y a su vez resultaba como una obligación religiosa. A comienzos del siglo XX<sup>4</sup>, se empieza a hablar de la salud como un derecho, lo que supone además la responsabilidad del Estado en labores de saneamiento, distribución de alimentos, regulación de condiciones de trabajo y atención especial de salud a los grupos más vulnerables con los trabajadores, las mujeres, los niños, los ancianos, los campesinos y los discapacitados, entre otros.

El desarrollo de grandes empresas y fábricas generó nuevas condiciones de vida para la población. Esa situación dio lugar a la intervención del Estado, asociada sin embargo a la lucha contra la proliferación de los indigentes, mendigos y vagabundos, surgidos en ese momento de las masas de trabajadores del campo que no tuvieron oportunidad de ingresar al sistema. De esta realidad surgen las primeras leyes industriales que contienen disposiciones relativas a la salud. Así se destacan leyes como: ley sobre la salud moral de los aprendices (Inglaterra, 1802) y la Ley de Salud Pública (Inglaterra 1848). De igual forma, se elaboran leyes tendientes a regular la explotación de las mujeres y los niños. En general, se considera que las leyes que garantizan el derecho a la atención de la salud se originan con la Revolución Industrial. A consecuencia de la mecanización y el aumento de la productividad, fue posible en esa época proporcionar cierto grado de protección a la salud de los trabajadores, quienes durante siglos habían sido considerados como elementos de trabajo fácilmente reemplazables; del mismo proceso del que surgieron las fábricas, la economía de mercado y las grandes ciudades, surgieron también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar las enfermedades y proteger la salud.

---

<sup>3</sup> [Http://www.colectivodeabogados.org/article.php3?id\\_article=71](http://www.colectivodeabogados.org/article.php3?id_article=71).

<sup>4</sup> La siguiente información, referente al desarrollo del derecho a la salud en el siglo XX y las teorías que lo abarcan, es basada en lo escrito por el colectivo de abogados en el escrito referenciado anteriormente.

La atención en salud, si bien fue establecida mediante leyes, fue resultado de las grandes movilizaciones por la defensa de la salud pública y el bienestar social que desarrollaron los trabajadores de la época, consiguiendo el reconocimiento del derecho a la atención de la salud tanto para la sociedad en su conjunto como para los trabajadores en particular.

A partir de estos hechos históricos se dan las discusiones sobre el derecho a la salud y su formulación. Teorías naturalista han señalado este derecho como inalcanzable por cuanto las limitaciones naturales, los achaques de la edad y las enfermedades incurables las cuales impedirán que se alcance el estado de bienestar físico y emocional. Para ello se basan filosóficamente en las tesis del derecho natural, manifestando que: si los derechos naturales dimanar de la naturaleza que Dios ha otorgado al hombre, y si la naturaleza que Dios ha otorgado al hombre impide que se alcance la salud (debido al proceso de envejecimiento, los defectos y trastornos genéticos y otros impedimentos) es evidente entonces que no fue intención de Dios que los seres humanos tuvieran derecho natural a la salud.

No obstante para darle alcance normativo se comenzó a acudir al derecho a la igualdad en la dignidad humana (porque la igualdad material, con el argumento anterior queda sin posibilidades), donde existe un nivel mínimo de trato digno que se debe brindar a todos los seres humanos. De ese modo ubicaron el concepto en el marco jurídico de los derechos y los deberes, privilegios y obligaciones correlativos. Los derechos humanos corresponden a las personas; el deber correlativo corresponde a la comunidad de las demás personas, expresada en la sociedad que actúa por medio del gobierno. Los derechos son Individuales; los deberes son sociales.

Pues bien, el proceso de reconocimiento y consagración del derecho a la salud vino de la mano de los procesos de evolución y desarrollo, tanto del modelo de acumulación y producción del capital, como de la construcción del modelo de Estado - Nación donde se regula lo público y como tal se llegaron a considerar los problemas epidemiológicos que se generaron con la construcción de las ciudades, el establecimiento de las industrias, etc.

Luego de la II Guerra Europea, con la constitución de la Organización de las Naciones Unidas, a la salud ya se le considera, esencialmente, vinculada a un nivel de vida adecuado, con inclusión de otras medidas básicas, como quedó consignado en el Artículo 25 párrafo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y como se había consagrado genéricamente en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se le considera, a la salud, un derecho fundamental de todo ser humano. Posteriormente, en 1966, en la redacción del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se recoge una definición que de nuevo estaba promoviendo la OMS en 1951, esto es, que era tanto un objetivo como un derecho orientado hacia los grupos de riesgo. En la actualidad, particularmente en los países que conservan el modelo de Estado Social de Derecho, la salud es un derecho de segunda generación, de carácter programático y asistencial. Terminada la parte histórica, a continuación se va desarrollar todo el contenido del derecho a la salud, su definición y alcance.

Proteger la salud del hombre y por consiguiente de la población se convierte en muchos casos un asunto dirigido a proteger su vida, que es derecho constitucional fundamental. Por ello la protección y promoción del derecho a la salud es un tema que vincula a los entes

estatales en todas sus perspectivas. Aunque la Carta no consagra el derecho a un mínimo vital, éste puede deducirse de los derechos a la vida, a la salud, y a la asistencia o a la seguridad social, lo que se protege mediante la consagración de derechos fundamentales en busca de garantizar las condiciones necesarias para la persona humana<sup>5</sup>.

En virtud al artículo 48 de la Carta, el derecho a la seguridad social se considera como "un servicio público cuya misión es combatir las penurias económicas y sociales de diversos grupos de la población supeditado clara está, por un lado a ciertos esfuerzos presupuestales, y por otro, al contenido normativo que lo desarrolla"<sup>6</sup>. El derecho a la salud en Colombia ha sufrido grandes transformaciones a través del tiempo, y mucho más con la llegada de la Constitución de 1991 y la entrada en vigencia de la ley 100 que le han dado un matiz distinto al que solía tener en épocas pasadas. En este aparte de la monografía se tratará sobre la definición y el alcance que tiene este derecho de carácter social y prestacional, sus principales características, la regulación constitucional y legal, los casos especiales en los que deja de ser un derecho de contenido social para pasar a ser por conexidad un derecho fundamental y finalmente la importancia de la acción de tutela en relación con el derecho a la salud.

## **2.2. BASES TEORICAS**

**2.2.1. Derecho a la salud.** El Derecho a la Salud es un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales, incluso se habla ya en la doctrina jurisprudencial de un derecho fundamental autónomo que no necesita vulnerar otro derecho de tal rango para ser protegido por vía de acción de tutela.

“La doctrina constitucional considera que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en la Constitución Política, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima relación con otros derechos fundamentales, de manera que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos”.<sup>7</sup>

No obstante, según la misma jurisprudencia, del Derecho a la Salud “puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud, definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General No 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. En consecuencia, no es necesario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental,

---

<sup>5</sup> Este concepto se encuentra mucho más amplio en: Colombia, Corte Constitucional, Sentencia T - 426 de 1992. M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz

<sup>6</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T - 703 de 1996. dic. 9/96, M.P. Fabio Morón Díaz.

<sup>7</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA Corte Constitucional. Sentencia T.101 de 2006.

para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de la acción de tutela -violación o amenaza de un derecho fundamental-. Ahora bien, el derecho a la salud comprende, entre otros, la protección del derecho al diagnóstico y a la continuidad en la prestación del servicio”<sup>8</sup>.

El artículo 48 de la Constitución Política, proclama que la seguridad social debe sujetarse a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establece la ley, y el artículo 365 de la Carta, señala que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que como tal, tiene el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

**2.2.2. La tutela del derecho a la salud.** Como acertadamente lo consignó en su sentencia la juez de instancia, el derecho a la salud forma parte de aquellos que han sido reconocidos por la doctrina como derechos de la segunda generación<sup>9</sup>, que se caracterizan por carecer de una eficacia directa, en tanto su cumplimiento no depende solamente de su consagración en el texto constitucional, sino también de una decisión política condensada en su desarrollo legislativo, que depende, a su vez, de que existan recursos económicos y técnicos que permitan hacer realidad los servicios prestacionales que lo componen, razón por la cual se ha dicho que el derecho a la salud es de eminente contenido programático<sup>10</sup>.

En este orden de ideas, se tiene claro que el contenido del derecho a la salud corresponde a todos aquellos servicios que el Estado pueda brindar a los asociados -carácter prestacional- y en manera alguna a la consecución efectiva de la salud, entendida como el funcionamiento normal del organismo, en vista de que alcanzar esta situación escapa a las posibilidades reales de un Estado<sup>11</sup>.

La Constitución Política (1991) consagró en los artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole tres principios: eficiencia, universalidad y solidaridad. La ley 100/93 desarrolló estos derechos y creó el sistema de seguridad social integral: "El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001" (1). En el marco de la citada ley se consagraron como planes de beneficio: el plan de atención básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) los cuales según el tipo de régimen subsidiado o contributivo tienen distintos contenidos. La ley consagró con carácter de transitoriedad una población que actualmente se denomina "pobre no afiliada" para su acceso a servicios de salud están sujetos a los recursos de los entes territoriales del orden nacional, departamental o municipal. Se ha evidenciado a partir de la Constitución de 1991 un número creciente de acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos en procura de la protección de derecho a la salud.

---

<sup>8</sup>REPÚBLICA DE COLOMBIA Corte Constitucional. Sentencia T.101 de 2006

<sup>9</sup> Excepción hecha de los niños, para quienes el Constituyente erigió expresamente el derecho a la salud como fundamental (artículo 44 de la Constitución Política).

<sup>10</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA Corte Constitucional, Sala Plena, sentencia SU-043 de 1995, M.P. Fabio Morón Díaz, reiterada en la sentencia SU-111 de 1997, Sala Plena, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

<sup>11</sup> Ibidem.

Existen estudios que brindan información de carácter nacional sobre el impacto de la acción de tutela en la protección del derecho a la salud, sus motivaciones y la caracterización por variables de persona, tiempo y lugar; caso del estudio de la Defensoría del Pueblo cuyo objetivo fue " medir la relevancia e impacto de la acción de tutela frente al Derecho a la Salud [...]

De los 375 expedientes de tutela revisados, el 54,2 % se presentaron por mujeres. Sólo en el 53,8 % se consignó la variable edad. El 81 % de las tutelas correspondió al grupo poblacional mayor de 25 años. El menor peso porcentual 3% se presentó en los menores de 5 años. El 74,7 % de los accionantes de régimen contributivo, un 14,4 % régimen subsidiado, población no asegurada, el 10 %. El 75,4 % de las tutelas fueron en contra de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de estas la más tutelada fue el Seguros Social. En su orden siguen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con el 10,4 %; las Empresas Sociales del Estado (ESEs) con el 3,2 % y otras (Dirección Territorial de Salud de Caldas y Secretaria de Salud de Manizales) con el 10,4 %. El 49,5 % de las tutelas fueron presentadas ante los juzgados Civil del Circuito y Civil Municipal, el 17 % en los Juzgados Penal del Circuito, 16 % en juzgados de familia, 10,4 % en los Juzgados laboral del Circuito y el 5,7 % en los juzgados de menores.

Las motivaciones de tutelas fueron: entrega de medicamentos 35,6 %, exámenes diagnósticos 16,9 %, cirugía 16,7 %, otros procedimientos 10,8 % y otros tratamientos 9,2 %. Fueron invocados más de dos derechos conexos vulnerados por la no prestación del servicio de salud, en orden de prioridad: derecho a la vida, seguridad social y salud. Otros derechos invocados fueron: vida digna, derecho de la tercera edad, derecho de los niños, debido proceso, igualdad, mínimo vital, calidad de vida e integridad.

Hay diferencias entre las motivaciones y el régimen de afiliación: en el contributivo: cirugías 84 %, entrega de medicamentos 78 %, prótesis 75 % y exámenes diagnósticos 73,6 %; en el subsidiado las prioridades se referían a: cita con especialistas, otros procedimientos (cateterismo cardíaco, laparoscopia) y otros tratamientos (oxigenoterapia, diálisis y terapias entre otros), para la población no asegurada el tratamiento integral, otros procedimientos y las prótesis fueron las más invocadas.

El 41 % de las tutelas instauradas fueron por beneficios incluidos en el POS<sup>12, 13</sup>; ocupando el primer lugar las cirugías, otros tratamientos, la consulta con médico especialista y los exámenes paraclínicos. El 59 % de las tutelas correspondió a solicitud de beneficios no POS: medicamentos, otros procedimientos y exámenes paraclínicos. Los accionantes invocaron más de dos causas, es decir, en procura de tratamiento integral que comprendía entre otros: medicamentos, cirugía y exámenes paraclínicos, el total de motivaciones fue mayor que el número de expedientes revisados.

---

<sup>12</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA Ministerio de Salud. Resolución 02948 de octubre 10 de 2003. Bogotá: 2003.

<sup>13</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo N°. 000313. De Diciembre 13 de 2005. Bogotá: Presidencia de la República; 2005.

Las tutelas por alto costo representaron el 29,7 %, de éstas el 45% correspondió a tutelas por beneficios incluidos en el POS. Las causas más invocadas fueron en su orden: medicamentos 35,7 %, exámenes 18,3 % y cirugía 13,8 %. Es de destacar que en las motivaciones de tutela por alto costo también se invoca más de una causa.

Para los jueces y magistrados el trámite de las tutelas, actividad propia por mandato constitucional, les ocupa un tiempo considerable, sin embargo es la oportunidad para brindar protección del derecho a la salud a la población y que sea prestado de manera efectiva el servicio de salud; su efectividad es muy alta ya que deben ser tramitadas en un término perentorio de diez días; es una oportunidad para acercar la administración de la justicia a los ciudadanos.

Para los organismos de vigilancia y control la tutela es la oportunidad de protección del derecho a la salud, para hacer pedagogía ciudadana sobre los derechos y deberes en salud y para que el ciudadano se sienta sujeto de derechos, propicia un empoderamiento ciudadano y es un avance en el reconocimiento de la dignidad humana

Si bien, la jurisprudencia constitucional ha señalado en múltiples ocasiones que el derecho a la salud no es en si mismo, un derecho fundamental, también le ha reconocido amparo de tutela en virtud de su conexidad con el derecho a la vida y con la integridad personal<sup>14</sup>, en eventos en que deslindar salud y vida es imposible y se hace necesario asegurar y proteger al hombre y su dignidad.

Actualmente la tutela es el mecanismo más efectivo de protección del derecho a la salud, el estudio hace un aporte a la rama judicial, al sector de la salud, a los organismos de vigilancia y control y a los usuarios para que se propongan alternativas que garanticen la efectiva prestación del derecho a la salud a través del acceso y de la integralidad de los servicios

**2.2.3. Los límites del mercado para el derecho a la salud.** El fuerte predominio de la lógica del mercado para los servicios denominados individuales en salud ofrece serios problemas para el logro del derecho a la salud. El principal obstáculo consiste en que las personas se ven obligadas a reducir sus derechos a lo estrictamente contractual. Es decir, el máximo logro es que cada cual defienda como derecho lo que aparece en un contrato. El Estado ya no puede jugar allí un papel distinto al de hacer cumplir lo pactado entre actores de mercado. El principio de justicia distributiva que sustenta esta opción se podría definir como “dar a cada cual lo suyo o lo propio”<sup>15</sup>. El Consejo Nacional de Seguridad Social ha confirmado en su informe esta tendencia:

---

<sup>14</sup> VÉLEZ AL. La acción de tutela: ¿Un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? Colombia Médica.2005; 36(3):199-208.

<sup>15</sup> GRACIA GD. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989.

...hacer que los afiliados al Sistema, conozcan sus deberes y derechos en el Sistema, para hacer posible que puedan exigir lo que le es propio; igualmente quienes aún no lo están, requieren también saber qué deben hacer para afiliarse, según sea su condición<sup>16</sup>.

De esta forma, la salud queda reducida a la atención de la enfermedad y se abandona el proyecto enunciado en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948. Esto es, la comprensión de la salud como un derecho fundamental progresivo y como el ideal de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. El bien salud va más allá de la atención de enfermedades. Pasa por muchos otros aspectos que constituyen condiciones y medios para la realización de la vida de la mejor manera. Pero, con el predominio de la lógica del mercado de servicios, este proyecto se abandona.

Aún desde la perspectiva económica es importante recordar que el debate sobre las particularidades del mercado de servicios de atención en salud no está resuelto<sup>17</sup>. No se trata simplemente de hacer que cada uno se comporte como agente racional en el mercado, porque el resultado puede ser contrario al fin último del servicio o ir en contra de la equidad del sistema. Varios ejemplos evidencian este problema. Cuando un usuario se comporta estrictamente como agente racional de mercado, tiende a eludir los costos y a obtener los mayores beneficios. Si es trabajador independiente de altos ingresos, trata de aportar lo mínimo para obtener lo máximo. Dado que el asegurador conoce tal expectativa y también se comporta como agente de mercado, le ofrece a este usuario un mecanismo de elusión de sus aportes al sistema, al tiempo que le vende un seguro privado con mejores beneficios y mayor calidad. Lo segundo resulta más barato para el usuario que hacer los aportes legales, pero produce una descompensación financiera de grandes magnitudes en todo el sistema.

En el otro extremo, el ofrecimiento de un subsidio para los que no puedan pagar genera otro tipo de problemas. Quien crea no poder hacerlo, tratará de obtener el subsidio, aún sabiendo que dio una información falsa. Como agente racional de mercado, a este usuario no le importa si excluye a alguien más pobre que él. Simplemente está tratando de obtener el menor costo con el mayor beneficio. Entre tanto, la lucha por el subsidio genera fracturas en el tejido social que van en contra de cualquier principio de solidaridad.

Igualmente, cuando un médico declara que está haciendo un buen negocio con cada procedimiento puede llegar a la quiebra por el simple desprestigio social. O cuando un médico atiende estrictamente a la racionalidad de los costos para obtener la máxima rentabilidad, siguiendo la presión de los gerentes o administradores, puede desatender las necesidades de cada paciente y rebajar peligrosamente la calidad de la atención. No obstante, se estaría comportando como un agente racional de mercado.

---

<sup>16</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá; julio de 1999 (copia magnética): 4 y 6.

<sup>17</sup> GONZÁLEZ JI, PÉREZ-CALLE F. Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. Coyuntura Social; 1998. 18: 149-171.

En el campo de la atención en salud, el “bien” que demanda el enfermo no es tan material como otros bienes o servicios. El bien es la curación, pero también es la información, el cuidado y muchos otros intangibles de la relación interhumana. Ninguno de esos bienes se obtiene en un solo acto. Por el contrario, el beneficio está lleno de incertidumbres, dada la complejidad de los procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina moderna. Además, la demanda del paciente está fuertemente conducida y determinada por el médico o por la institución prestadora en su conjunto, es decir, por la oferta. Debido a la dependencia tecnológica y a la situación de angustia del usuario, la relación es asimétrica y el ejercicio de la libre elección se debilita.

Por otra parte, la presencia de por lo menos tres agentes, esto es, el usuario, el administrador y el prestador, con relaciones individuales e institucionales diversas entre ellos, hace que los bienes o servicios objeto de cada relación contractual sean diferentes y, a la vez, interdependientes. Por ejemplo, en muchas ocasiones la “promesa” que representa el plan de beneficios ofrecido por el asegurador con frecuencia no coincide con los servicios dispensados por el prestador, y menos, con la expectativa del usuario. Esta última casi siempre se encuentra hipertrofiada por la necesidad y por la angustia del riesgo de muerte, una vez aparece la enfermedad. También por estas razones, la valoración de la calidad del producto es siempre fraccionada, compleja e imprecisa. Sin mucha dificultad, un servicio insuficiente o de mala calidad puede ser valorado como bueno, y viceversa.

Los mecanismos de regulación sin duda constituyen intentos de limitar las inequidades propias del libre mercado. Pero en el caso colombiano, la ausencia de verdaderos “patrocinadores”, como lo muestra Restrepo<sup>18</sup>, y la existencia de aseguradores que compiten por un mayor número de afiliados para asegurar su rentabilidad, genera serias presiones sobre todo el sistema. Estos aseguradores sólo pueden tratar de disminuir costos para obtener el mayor plusvalor. Y esto lo hacen presionando a los prestadores por medio del control de las tarifas y de las formas de contratación. Estos, a su vez, presionan sobre los profesionales y los trabajadores del sector, para tratar de reemplazar con tecnología los gastos de personal. Tales presiones terminan distanciando la relación entre necesidades del usuario y los servicios prestados. De esta forma, se puede afirmar que, en el terreno de la atención médica, la eficiencia económica tiende a disminuir la calidad, la oportunidad y la eficacia del servicio.

A pesar del énfasis que se ha hecho sobre el avance de la asistencia pública al derecho a la salud mediante el nuevo sistema, el subsidio a la demanda no alcanza a generar la idea de derecho. Por el contrario, tiende a verse como una asistencia caritativa del Estado. El usuario del régimen subsidiado trata de parecer pobre y de competir con sus vecinos en este propósito, para “merecer” el subsidio. De esta forma, los valores de la solidaridad y de la redistribución a cargo del Estado, propios de la garantía de derechos sociales, quedan reducidos a una buena repartición de la cada vez más restringida caridad pública que sostiene el subsidio, a pesar de la apariencia de derecho contractual.

---

<sup>18</sup> RESTREPO M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, GTZ; 1997.



**2.2.4. Definición del término urgencia y otros afines.** Según la defensoría del pueblo<sup>19</sup> el término urgencia puede ser entendido como: "(...) una alteración en el cuerpo o en la mente que pone en riesgo el bienestar o la vida de una persona y que amerita la atención apremiante de un equipo de salud con el fin de conservar esta y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. Es claro que hay urgencias evidentes, como una herida que sangra, una pérdida de conocimiento, una quemadura, un trauma severo o un dolor intenso que no ponen en duda la necesidad de acudir a un servicio de urgencias (...)"

Y continúa diciendo:

"(...) Sin embargo, hay casos no tan evidentes y no por eso dejan de ser urgencias. Cada persona conoce sus límites de bienestar. Se trata de percepciones individuales que cada quien cree saber cómo manejar. Cuando la persona se siente incapaz de entender lo que le sucede, busca ayuda o recurre al servicio de urgencias. Toda entidad pública o privada que preste servicios de salud de cualquier nivel y que preste servicio de urgencias está obligada a atenderlas en su fase inicial (...)"

**Definición del término urgencia vital.** El término "urgencia vital", se viene utilizando indiscriminadamente por aseguradores y prestadores de servicios de salud, pero legalmente este término no existe, menos como mecanismo para negar en algunos casos la atención de urgencia. De acuerdo con el concepto de urgencia, la atención de ella va hasta estabilizar el paciente en sus signos vitales, realizar una impresión diagnóstica y definirle el destino inmediato. Quien define si es una urgencia, es el médico que atiende.

Definición de atención de urgencia y por quien debe ser atendida según la Corte Constitucional

Según la Corte, la atención inicial de urgencias puede ser definida como: "El conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias". La Corte se refiere<sup>20</sup> sobre un caso en particular que puede servir de ilustración para lo que piensa esta entidad acerca de quien debe ser el personal idóneo que atienda las urgencias médicas.

"(...) Es claro que la atención inicial de urgencia puede cumplirla un médico general, no especializado en anestesiología. Con mayor razón si se tiene en cuenta el artículo 4º del Decreto 3380 de 1981, cuyo texto es el siguiente:

ART. 4º-Con excepción de los casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios por las siguientes causas:

a) Si se comprueba que el caso no corresponde a su especialidad, previo examen general;

---

<sup>19</sup> Autor corporativo. Defensoría del Pueblo. Derechos de los usuarios en el servicio de Urgencias. Bogotá. 2006. Página 9.

<sup>20</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia C 280 de 1995. M. P.

b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya sin su previo consentimiento, y

c) Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas, entendiéndose por éstas, no sólo la formulación de tratamientos sino también los exámenes, juntas médicas, interconsultas y otras indicaciones generales que por su no realización afecten la salud del paciente.

Obsérvese bien que esta norma comienza exceptuando los casos de urgencia, en los cuales el médico no puede excusarse de asistir a un enfermo. De otra parte, es pertinente citar al respecto lo que afirma el ciudadano Ramiro Borja Ávila, en su intervención ante la Corte:

"Dedúcese de lo anterior que tanto desde el punto de vista jurídico como desde la perspectiva médica, la anestesiología es toda una ESPECIALIDAD y que su PRÁCTICA no puede confundirse con la que eventualmente realizan el médico general o el odontólogo cuando aplican anestesia local o regional a sus pacientes dentro de su práctica usual y comúnmente aceptada, que exige muy bajos niveles de insensibilización del paciente. "Naturalmente que si el médico general o el odontólogo para sus tratamientos o intervenciones quirúrgicas MAYORES, aquellas que dejan de ser comunes y corrientes dentro de las prácticas usuales de esos profesionales-, necesitan someter al paciente a altos niveles de pérdida de la conciencia y pretenden "abolir la sensibilidad en una región reducida o extensa del cuerpo y suspender premeditadamente la respiración espontánea y durante largo tiempo, anulando la actividad de los centros respiratorios o el estímulo fisiológico de la respiración, y pretenden bloquear la conexión entre nervios y músculos, y paralizar el cuerpo, e influir así ampliamente sobre funciones vitales, tales como la sensibilidad, la percepción, estado consciente, respiración, circulación, conducción nerviosa y metabolismo", deben buscar al anestesista, porque conforme a lo normado en la disposición acusada, este procedimiento de alta insensibilización, sí constituye práctica de la especialidad de la anestesiología."

Es evidente, como se ha explicado, que el médico no especializado que atiende inicialmente una urgencia en anestesiología, no está ejerciendo esta especialidad, en el sentido en que a tal ejercicio se refiere el artículo 2º al hablar de "llevar el título de médico especializado en anestesiología" y "ejercer funciones como tal". Además, es claro que cuando el médico general y el odontólogo, dentro de su práctica habitual y ordinaria, aplican anestesia cuya finalidad no es lograr altos niveles de insensibilización, no están ejerciendo la especialidad de la anestesiología, y, por lo mismo, no puede entenderse que el artículo 2o. que se analiza les prohíba tal actividad (...).

### **2.3. BASES CONCEPTUALES**

**DERECHO A LA SALUD.** El derecho a la salud hace parte de los derechos que conforman el derecho a la seguridad social, consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política. Es, por lo tanto, un servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse siguiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La atención de la salud de las personas y del saneamiento ambiental está a cargo del Estado, el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y ejercer el

control y la vigilancia sobre las entidades privadas que prestan el servicio público de la salud.

**TRIAGE:** En un servicio de urgencias, la palabra triage se refiere al proceso de recepción y acogida del paciente por parte del personal médico y paramédico para su posterior clasificación según su situación de salud que determinará la prioridad en la atención. Es así como gracias al triage, se evitan demoras en la atención de aquellos pacientes que presentan mayores riesgos.

El triage es un método de selección utilizado por el personal prehospitalario con el fin de tomar decisiones respecto a la remisión, transporte y sitio de manejo oportuno y definitivo que toma fuerza alrededor de los años 1970 cuando empiezan a aparecer los centros especializados en trauma. Cuyo impacto radica en la disminución de morbi- mortalidad para el paciente desde los últimos 25 años<sup>21</sup>.

**URGENCIAS:** Urgencia “es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

## **2.4. MARCO LEGAL**

Ley 10 de 1990 Establece el nuevo sistema de salud, que trató al máximo de no caer en los errores de la anterior norma. Sus objetivos fueron: lograr eficacia en la utilización de los recursos públicos y estimular el esfuerzo fiscal local y regional; descentralizar competencias asignando el primer nivel de atención a los municipios, y el segundo y tercer nivel a los departamentos con lo que se trata de territorializar la organización y gestión de la salud; definir la naturaleza jurídica de los hospitales, eliminar los auxilios a las entidades privadas y autorizar la prestación de servicios sociales mediante la contratación de servicios; otorgar autonomía administrativa y financiera a las entidades públicas prestadoras de servicios; profesionalizar a los servidores públicos de la salud mediante la carrera administrativa; institucionalizar la participación comunitaria, elevar a rango constitucional los Comités de participación comunitarias COPACOS; ordenar el mercado de los servicios de salud mediante la creación de un sistema tarifario y definir el ámbito de la intervención estatal en la regulación de los servicios de salud, y en particular de la medicina prepagada.

Artículo 2, La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas la personas, independientemente de su capacidad socioeconómica.

REPÚBLICA DE COLOMBIA La Constitución explicita el reconocimiento al derecho a la salud y a la seguridad social en los artículos 44, 47, 48, 49 y 50, los cuales se encuentran en el capítulo 2, que desarrolla los derechos sociales, económicos y culturales.

---

<sup>21</sup> MACKERSIE Robert C., MD FACS. History of Trauma Fiel Triage Development and the American College of Surgeons Criteria. Prehospital Emergency Care. 2006; 287

El artículo 44 define el derecho a la salud de los niños.

El artículo 47 define el derecho a la salud de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, y les garantiza la atención especializada que requieran.

El artículo 48 define el derecho a la Seguridad Social, pero lo establece como una meta, y le ordena al Estado ampliar progresivamente la cobertura.

El artículo 49 es el que más explícitamente define el derecho a la atención en salud, en los términos acordes con las normas internacionales (acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud).

El artículo 50 establece la atención gratuita en instituciones del Estado, para menores de un año que no tengan cobertura de Seguridad Social.

El artículo 58, que reconoce la prevalencia del interés público o social sobre el interés privado, cuando en la aplicación de una ley de interés social resultaren en conflicto estos dos intereses.

El artículo 366 reafirma lo establecido en el artículo primero, en cuanto a que “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida son finalidades sociales del Estado.”

REPÚBLICA DE COLOMBIA La Ley 100 de 1993, que instituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, en su artículo 159 garantiza a los afiliados al Sistema la atención de urgencias en todo el territorio nacional y ordena que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. Se dispone también que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- públicas y privadas, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago, sin requerirse contrato ni orden previa.

El servicio de atención de urgencias se encuentra regulado en la Ley 100 de 1993 artículo 168, Decreto 783 de 2000 artículo 12, Resolución 5261 de 1994 artículo 10 y la resolución 2816 de 1998 principalmente. También en los siguientes decretos, acuerdos y resoluciones se encuentran bases que regulan el tema:

Resolución 0046 de febrero 1 de 1994 del I. S. S., originario del Ministerio de Salud.

Acuerdo 312 de 2002, artículo 30, párrafo 2º, el cual establece cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuenta con algún servicio requerido, éste podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con él y que los gastos de desplazamiento generados en las remisiones será responsabilidad del paciente, salvo casos de urgencia debidamente certificada o de pacientes internados que requieran atención complementaria; más aún si en esa Seccional no se paga UPC diferencial mayor.

Artículo 26 del Decreto 770 de 1975 que contiene el reglamento general del I.S.S. sobre enfermedades generales y el servicio a los hijos del asegurado.

Artículo 52 del Decreto 1298 de 1994.

Artículos 60 y 61 del decreto 806 de 1998.

Decreto 1543 de junio 12 de 1997 estableció una serie de normas para el manejo de la infección por VIH/SIDA ITS, que éste a su vez fue reglamentado la Resolución 2095 de 2000 proferida por la Vicepresidencia de la E.P.S. I.S.S. y por la Resolución 0412 de agosto del 2000 del Ministerio de Salud.

Decreto 1543 del 12 de junio de 1997 en su artículo 31 que obliga a dar Atención Integral a los pacientes enfermos de SIDA.

Acuerdo 083, modificado por el Acuerdo 228 de 2002 del C.N.S.C.C.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación socio jurídica, de tipo descriptivo, se recopiló, analizó y sistematizó la información referente al derecho a la salud en la prestación del servicio de urgencias en la ciudad de Cúcuta, confrontándola con la normatividad existente y determinar su efectividad.

#### 3.2. POBLACION Y MUESTRA.

**3.2.1. Población.** La población corresponde según el Censo General 2005, Norte de Santander tiene una población de un millón 208 mil 520 habitantes,

**3.2.2. Muestra.** Se tomó una muestra representativa de la población de 384 usuarios de los servicios de urgencias de las E.S.E, EPS, IPS de la ciudad.

Se trabajó con el muestreo probabilístico o muestra aleatoria simple donde cada elemento tendrá la misma oportunidad de ser seleccionado. Aplicación de la fórmula para la población infinita ya que la población es mayor a 30.000 unidades.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 * (0,50) * (0,50)}{(0,05)^2}$$

$$n = 384$$

$$n = \text{Tamaño de la muestra} = 384$$

#### 3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

**Fuente primaria.** Estuvo constituida por los usuarios de las diferentes IPS, EPS., E.S.E de la ciudad de Cúcuta. (Saludcoop, Coomeva, Solsalud, entre otras)

**Fuentes secundarias:** Textos, revistas, boletines, documentos, jurídicos sobre el derecho a la salud.

#### 3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Observación directa de la atención que se le presta a los usuarios del servicio de urgencias de las IPS, EPS de la ciudad de Cúcuta.

La encuesta aplicada a los usuarios del servicio de urgencias para conocer su opinión del servicio con preguntas de selección que admiten una sola respuesta. (Ver Anexo A)

### **3.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

La información recolectada se analizó bajo el método lógico deductivo y se presenta de la siguiente manera:

Tabla. Se utilizaron una tabla de distribución de frecuencia relativa para determinar el estudio del comportamiento de esos datos obtenidos en el estudio.

Gráficos. Para representar los datos y analizarlos. Se Utilizaron gráficos de barras de distribución de frecuencia relativa para la representación de los datos en forma estadística

### **3.6. RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN QUE SE ADQUIRIÓ EN EL TRABAJO DE CAMPO.**

Para la recolección de la información se programó un rutero por las diferentes IPS y EPS de la ciudad, las seleccionadas son las siguientes: Coomeva, SaludCoop, Solsalud, Cafesalud, E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, IPS Policlínico Juan Atalaya, IPS Loma de Bolívar, E.S.E. Francisco de Paula Santander, IPS San Martín.

Los usuarios fueron seleccionados de manera aleatoria, se encuestaban en las instituciones seleccionadas, específicamente afuera del área de urgencias, con el fin de de obtener datos relevantes dentro del estudio.

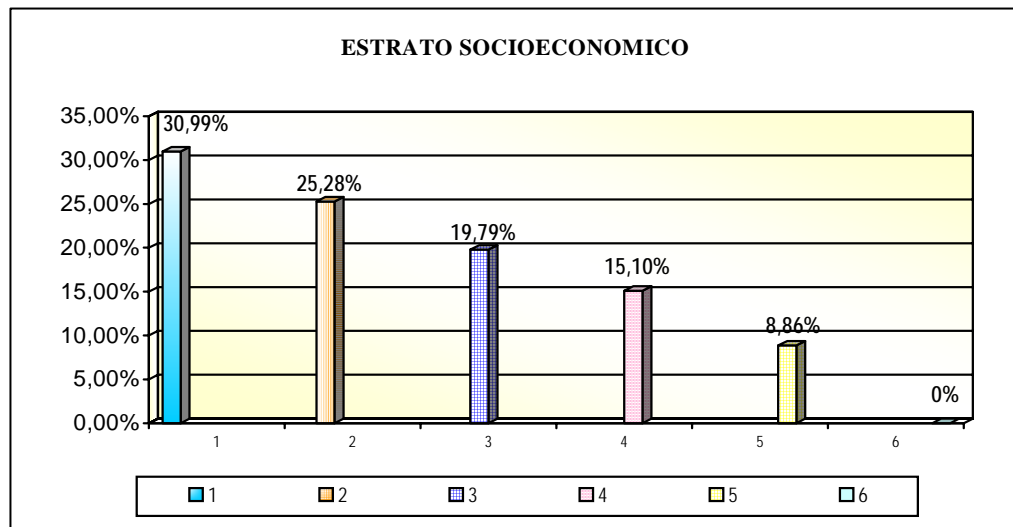
Se tuvo en cuenta que fueran usuarios de este servicio o familiares de alguna persona que haya solicitado dicho servicio.

### 3.6.1 Análisis estadístico de la encuesta aplicada en las IPS, EPS de San José de Cúcuta.

Tabla 1. Estrato socioeconómico

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
1	119	30,99%
2	97	25,28%
3	76	19,79%
4	58	15,10%
5	34	8,86%
6	0	0
Total	384	100%

Gráfica 1. Distribución porcentual estrato socioeconómico



Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual estrato socioeconómico los resultados son los siguientes: estrato 1, 30,99%; estrato 2, 25,28%; estrato 3, 19,79%; estrato 4, 15,10%; estrato 5, 8,86%.

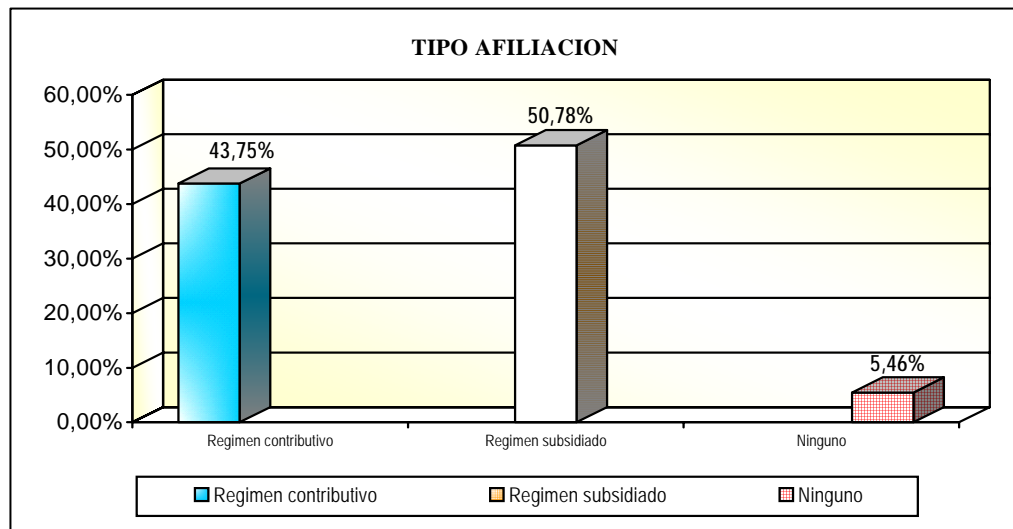
La mayoría de la población encuestada pertenece al estrato 1, la cual fue encuestada en la IPS Atalaya, E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, IPS Loma de Bolívar.



Tabla 2. Tipo afiliación

<b>TIPO AFILIACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
Régimen contributivo	168	43,75%
Régimen subsidiado	195	50,78%
Ninguno	21	5,46%
Total	384	100%

Gráfica 2. Distribución porcentual tipo afiliación



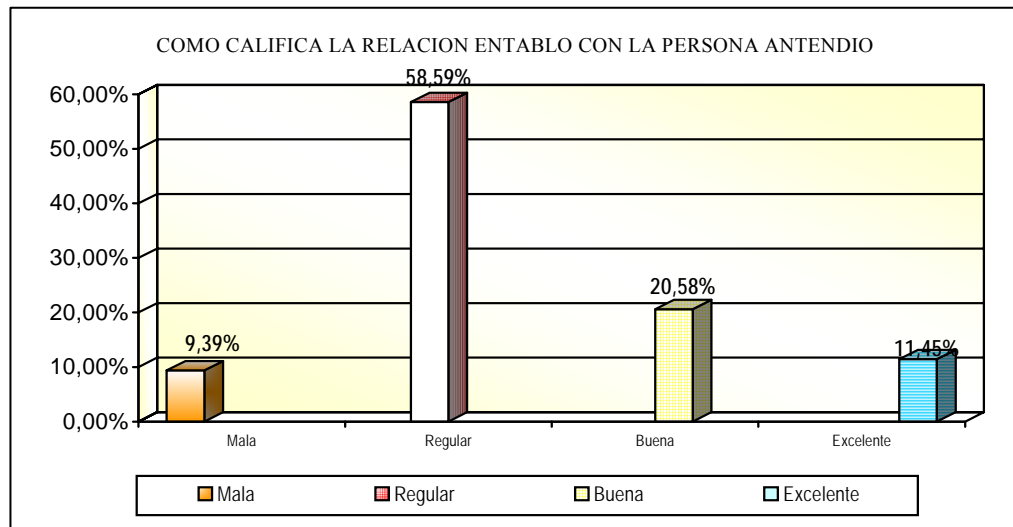
Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual tipo de afiliación los resultados son los siguientes: un 43,75% pertenecen al régimen contributivo; 50,78% régimen subsidiado, 5,46% no están afiliados al sistema general de seguridad social en salud.

Tabla 3. Cómo calificaría Ud. la relación que entabló con la persona que lo (a) atendió en el servicio de urgencias

COMO CALIFICA LA RELACION ENTABLO PERSONA LO ATENDIO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Mala	36	9,39%
Regular	225	58,59%
Buena	79	20,58%
Excelente	44	11,45%
Total	384	100%

Gráfica 3. Distribución porcentual cómo calificaría Ud. la relación que entabló con la persona que lo (a) atendió en el servicio de urgencias



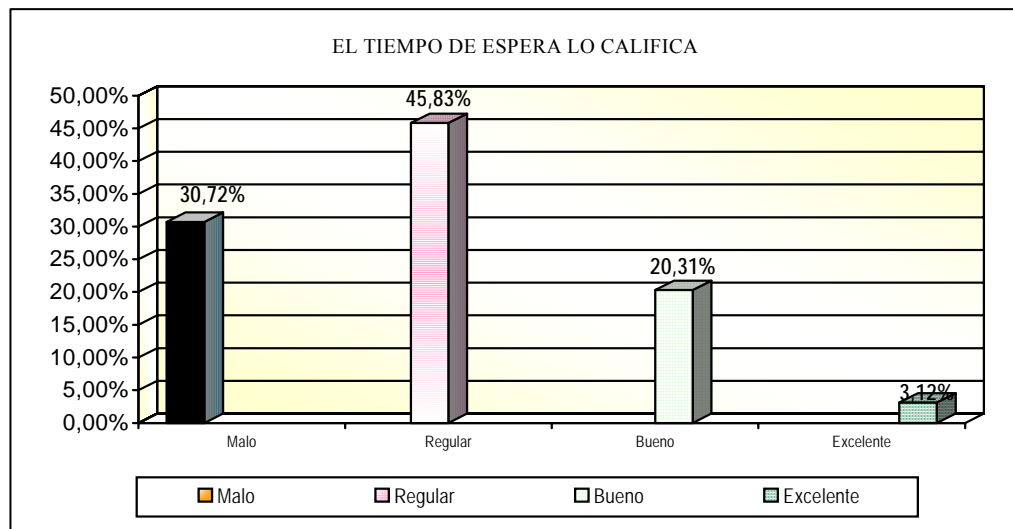
Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual cómo califica la relación entablo con la persona que lo atendió los resultados son los siguientes: un 9,39% opina que mala; debido a que la mayoría de los casos se molestan con los usuarios; un 58,59% regular, ya que las personas encargadas de atenderlos no se dejan hablar; un 20,58% buena; un 11,45% excelente.

Tabla 4. El tiempo de espera para ser atendido, lo califica

<b>EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO, LO CALIFICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
Malo	118	30,72%
Regular	176	45,83%
Bueno	78	20,31%
Excelente	12	3,12%
Total	384	100%

Gráfica 4. Distribución porcentual el tiempo de espera para ser atendido, lo califica



Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

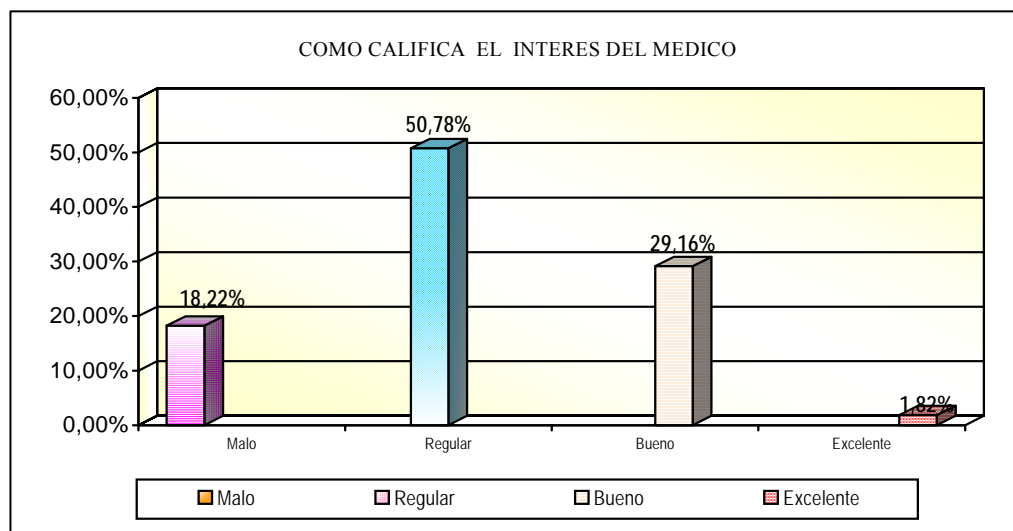
Distribución porcentual el tiempo de espera para ser atendido, lo califica los resultados son los siguientes: un 30,72% opina que malo; debido a que los dejan esperando demasiado tiempo antes de brindarle atención oportuna; un 45,83% regular; un 20,31% bueno; un 3,42. % excelente.

La mayoría de la población encuestada están insatisfechos con el tiempo de espera para recibir atención oportuna de urgencias.

Tabla 5. Como califica el interés por parte del cuerpo medico en solucionar su urgencia

COMO CALIFICA EL INTERES DEL MEDICO	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Malo	70	18,22%
Regular	195	50,78%
Bueno	112	29,16%
Excelente	7	1,82%
Total	384	100%

Gráfica 5. Distribución porcentual como califica el interés por parte del cuerpo medico en solucionar su urgencia



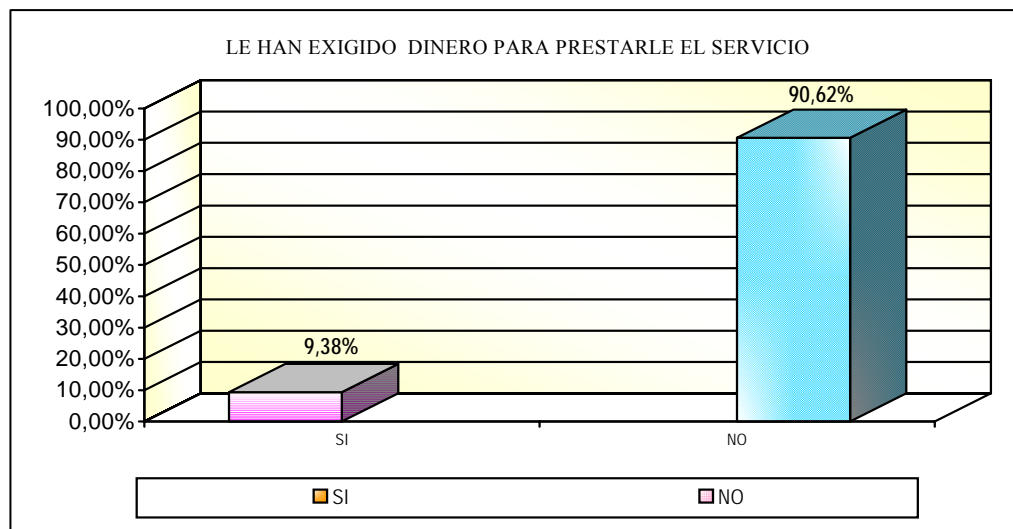
Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual como califica el interés por parte del cuerpo medico en solucionar su urgencia los resultados son los siguientes: 18,22% malo, porque mandan un calmante y a la casa, no ordena realizar exámenes; un 50,78% regular, en algunas ocasiones los médicos ofrecen buena atención; un 29,16% opina que bueno, lo han atendido de acuerdo a la gravedad de urgencia; 1,82% excelente.

Tabla 6. Le han exigido dinero para prestarle el servicio de urgencias

LE HAN EXIGIDO DINERO PARA PRESTARLE EL SERVICIO DE URGENCIAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	36	9,38%
No	348	90,62%
Total	384	100%

Gráfica 6. Distribución porcentual le han exigido dinero para prestarle el servicio de urgencias



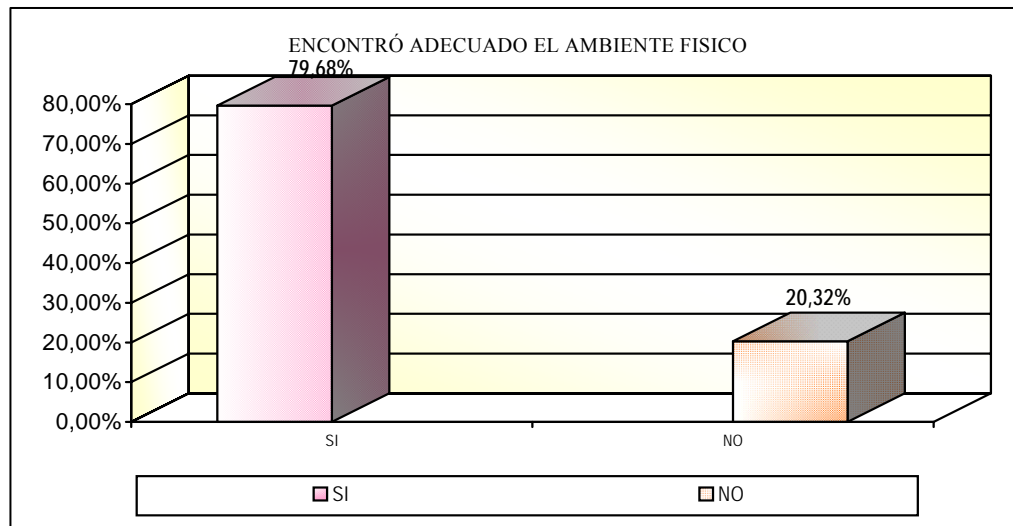
Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual le han exigido dinero para prestarle el servicio de urgencias los resultados son los siguientes: un 9,38% opinan que si, en algunas ocasiones le han exigido cancelar algunas cosas para poderle prestar el servicio; un 90,62% dice que no le han exigido ningún pago para prestarle el servicio de urgencias.

Tabla 7. Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a

ENCONTRÓ ADECUADO EL AMBIENTE FÍSICO EN DONDE FUE ATENDIDO/A	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	306	79,68%
No	78	20,32%
Total	384	100%

Gráfica 7. Distribución porcentual encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a.



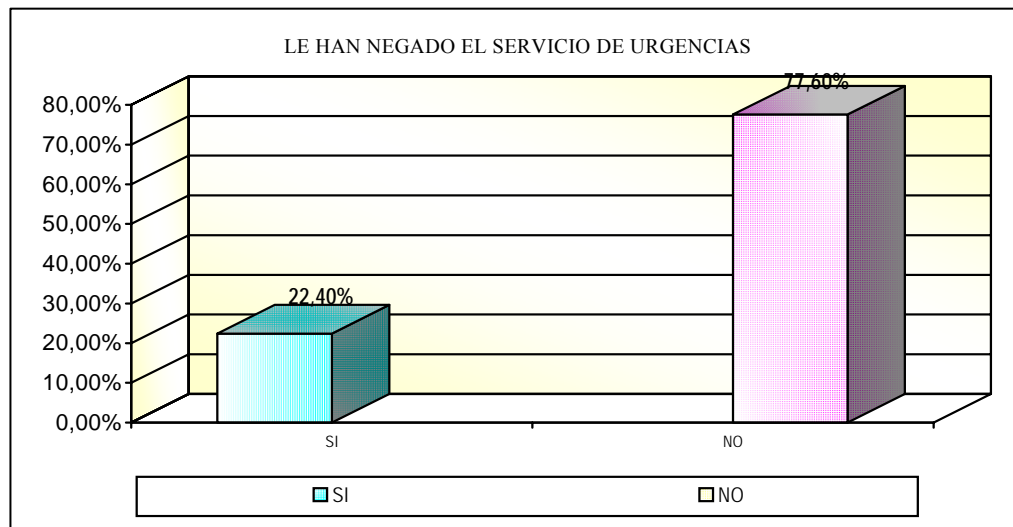
Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual encontró adecuado el ambiente físico donde fue atendido (a) los resultados son los siguientes: El 79,68% opina que si; un 20,32% opina que no, le toco esperar sentado en el piso debido a la falta de espacio.

Tabla 8. Alguna vez le han negado la prestación del servicio de urgencias

<b>ALGUNA VEZ LE HAN NEGADO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
Si	86	22,40%
No	298	77,60%
Total	384	100%

Gráfica 8. Distribución porcentual alguna vez le han negado la prestación del servicio de urgencias



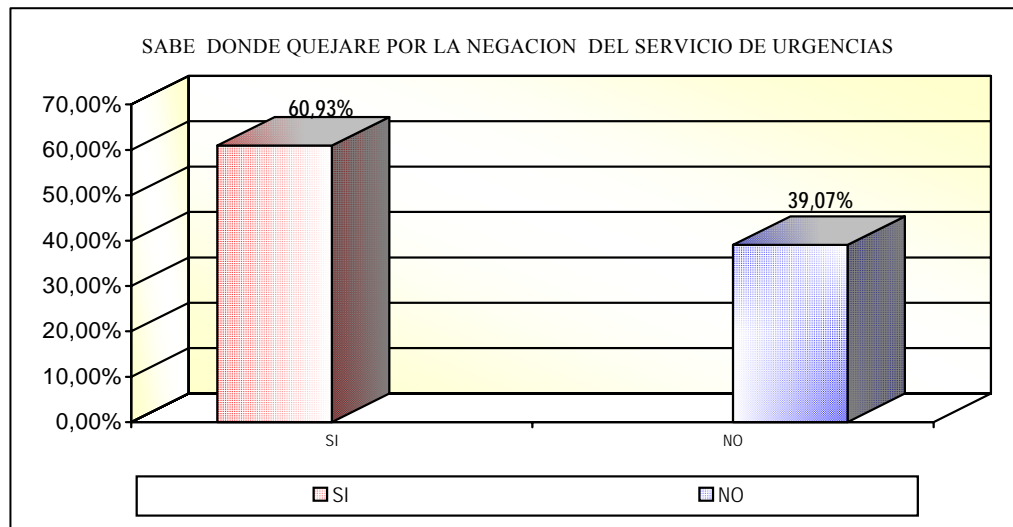
Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual Alguna vez le han negado la prestación del servicio de urgencias los resultados son los siguientes: un 22,40% opina que si le han negado la prestación del servicio debido a la falta de carnet; un 77,60% opina que nunca le han negado el servicio.

Tabla 9. Sabe usted donde quejarse por la negación de la prestación del servicio de urgencias

SABE USTED DONDE QUEJARSE POR LA NEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	234	60,93%
No	150	39,07%
Total	384	100%

Gráfica 9. Distribución porcentual sabe usted donde quejarse por la negación de la prestación del servicio de urgencias



Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

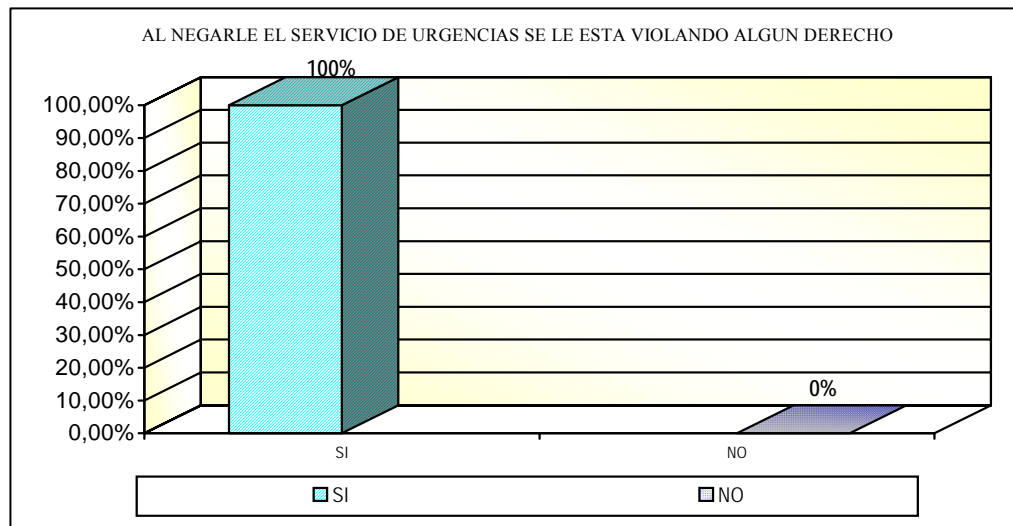
Distribución porcentual sabe usted donde quejarse por la negación de la prestación del servicio de urgencias los resultados son los siguientes: un 60,93% de la población encuestada sabe donde quejarse ante la negativa del servicio de urgencias y mencionaron la Defensoría del Pueblo; un 30,07% no sabe.



Tabla 10. Cree usted que al no prestarle el servicio de urgencia se le esta violando algún derecho

SABE USTED DONDE QUEJARSE POR LA NEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	384	100%
No	0	0%
Total	384	100%

Gráfica 10. Distribución porcentual cree usted que al no prestarle el servicio de urgencia se le esta violando algún derecho



Fuente: CAMACHO PASTRAN Angélica Marion, COLMENARES ORTEGA Luz Adriana, GUEVARA FLOREZ Edgar.

Distribución porcentual cree usted que al no prestarle el servicio de urgencia se le esta violando algún derecho los resultados son los siguientes: el total de la población encuestada opinan que si, el derecho a la vida, pues en muchos casos si no son atendidos a tiempo pueden morir

De los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios se destaca, que la mayoría no están satisfechos con el servicio, el cual consideran como regular.

El personal encargado de las urgencias le falta mayor sentido de pertenencia con su labor.

Por otra parte aunque la ley es clara que en ninguna empresa de salud, se puede negar la atención de urgencias, muchas de ellas no acatan la ley.

## 4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

### 4.1. FUNDAMENTACION TEORICA

Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Ley 1122 del 9 de enero de 2007, Decreto 2150 de 1995, Decreto 262 de 2000, Ley 734 de 2002 y demás normas concordantes y complementarias.

En reiteradas oportunidades lo ha manifestado en sus providencias la Corte Constitucional “el Derecho a la vida humana está establecido desde el preámbulo mismo de la Constitución Política, como un valor superior que debe asegurar la organización política, pues tanto las autoridades públicas como los particulares deben propender por garantizar y proteger la vida humana y con mayor razón, si prestan el servicio de seguridad social. Igualmente en los artículos 11 y 13 Superiores, se establece el derecho a la vida como inviolable y se consagra como deber del Estado el de protegerlo, en especial, el de aquellas personas que por su condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, y en el mismo sentido, ordena sancionar los abusos y maltratos que contra ellos se cometan<sup>22</sup>.

El Derecho a la Salud es un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales, incluso se habla ya en la doctrina jurisprudencial de un derecho fundamental autónomo que no necesita vulnerar otro derecho de tal rango para ser protegido por vía de acción de tutela.

“La doctrina constitucional considera que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en la Constitución Política, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima relación con otros derechos fundamentales, de manera que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos”.<sup>23</sup>

No obstante, según la misma jurisprudencia, del Derecho a la Salud “puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud, definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General No 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental.

---

<sup>22</sup> Corte Constitucional. Sentencia T.060-06.

<sup>23</sup> Corte Constitucional. Sentencia T.101 de 2006.

El artículo 48 de la Constitución Política, proclama que la seguridad social debe sujetarse a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establece la ley, y el artículo 365 de la Carta, señala que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que como tal, tiene el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Son las Entidades Promotoras de Salud EPS, las encargadas de la administración de la prestación de los servicios médico- asistenciales a sus afiliados en el Sistema Contributivo. Frente a estas entidades, conjuntamente con las Instituciones Prestadoras de Servicios IPS, la base de datos de la Delegada para Asuntos Laborales, registra una serie de solicitudes de intervención en materia de salud en el Régimen Contributivo, muchas de las cuales son atendidas en forma conjunta con la Superintendencia Nacional de Salud, y, además, observa situaciones extremadamente delicadas y críticas frente a la garantía del Derecho a la Salud de los afiliados:

En primer lugar, las personas, muchas veces convalecientes, deben acudir un sinnúmero de veces a los centros de atención de las Entidades Promotoras, (es el caso de HUMANA VIVIR, SALUDCOOP, CAFESALUD, etc), para la radicación de documentos y solicitud de servicios, debido a la exigencia de requisitos no plasmados en la ley o que están expresamente derogados, lo cual resulta en muchas ocasiones exagerado y sin fundamento. (Caso típico de sellos y copias auténticas).

En este aspecto las entidades deben ceñirse de manera estricta a lo establecido en el Estatuto Antitrámites, Decreto 2150 del 5 de diciembre de 1995.

Existe una total desinformación hacia los usuarios, cada funcionario exige diferentes requisitos, no hay información escrita que unifique los criterios, lo anterior en perjuicio de los usuarios. Inclusive, ni al Ministerio Público se le ofrece claridad en cuanto a los requisitos y exigencias en los casos particulares de peticionarios que nos hacen consultas.

Además, los usuarios manifiestan inconformidad con la atención, un trato despectivo e inhumano, que no corresponde a la dignidad de la persona, donde predomina el sentido económico y no el derecho a la salud, a la integridad y a la vida.

Las inconsistencias en los sistemas de afiliación y la falta de actualización inmediata con relación a pagos, acarrea inconvenientes en la atención a los usuarios, quienes después de largos y tortuosos procesos de tramitología, reciben la atención a la que tenían derecho desde un principio.

Igualmente, se les exigen fuertes cantidades de dinero, en efectivo, como requisito para la atención médico asistencial, sobre todo en casos de urgencias, so pena de no prestar el servicio, con lo cual pone en peligro de muerte al afiliado o al miembro de su grupo familiar.

Se detecta cierta discriminación en la atención a los afiliados según la categoría, hay falta de claridad en la información y diferencias en la atención que no es acorde a las condiciones sociales, económicas y de requerimientos médicos de cada caso particular.

**4.1.1. El Derecho a la Salud.** La Constitución de 1991 declaró el derecho a la vida como inviolable (Art. 11) y en consonancia con ello determinó que "la seguridad social y la atención de salud son servicios públicos de carácter obligatorio y a cargo del Estado" (Art. 48 y 49). Igualmente fijó la responsabilidad que cada persona tiene en procurarse el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (Art. 49).

Así es como el derecho a la salud, a través de la asistencia sanitaria, es una aplicación del derecho a la vida; de igual forma cuando se niega o se atenta contra el derecho a la atención en salud se está vulnerando o amenazando la vida misma, es decir su derecho fundante

Vida y Salud, son categorías fundamentales inherentes a la dignidad de la persona. La vida como hecho real conlleva intrínsecamente el concepto de salud. Vida y Salud son expresión de una misma realidad porque se corresponden mutuamente; sin un mínimo de salud no hay vida y sin vida no existe posibilidad de salud. Si la vida se toma en su sentido radical como expresión del ser viviente, la salud es un aspecto de ella.

Si consideramos a la salud como un derecho fundamental, consagrado en la constitución y la ley, no habría razón alguna para que el Estado social y de derecho no cumpla con la responsabilidad que le corresponde frente a una sociedad titular de derechos constitucionales. Así mismo, es necesario dejar claro, que la misma asignación de recursos para el sector salud responde al cumplimiento que le cabe al Estado frente al derecho fundamental de la vida y la salud de la comunidad, en respuesta a la dignidad misma del ser humano. Ello no constituye benevolencia, ni prerrogativa, ni dádiva de ninguna especie. Es apenas el cumplimiento de una alta responsabilidad, cual es la vida de sus conciudadanos. Por ello, para prestar el correspondiente servicio público, se impone ejecutar acciones concretas, tales como garantizar la prestación óptima y eficiente del servicio médico-asistencial en todos sus aspectos. Hacer efectivo el derecho a la salud es un programa que debe vincular a todas las ramas del poder público. Garantizar el derecho a la salud es un mandato constitucional que obliga a todas las autoridades. Omisiones en contrario ponen en peligro el derecho a la vida.

Obviamente que en el cumplimiento de su misión constitucional, el Estado puede establecer los requisitos, normas, excepciones, aportaciones, seguros, reaseguros, etc., que la constitución y las leyes de la República consagren para el cumplimiento de los objetivos previstos. Sin embargo, también debe enfatizarse el deber que todo ciudadano tiene en cuanto a procurarse el cuidado integral de su salud y el de su comunidad, (Art. 49 CN) y las implicaciones o responsabilidades que este concepto tendría al no actuar el ciudadano conforme a la norma.

De manera concreta podría decirse que el derecho a la salud es un objeto jurídico concreto del derecho a la vida; lo mismo ocurre cuando se habla del derecho a la integridad física; se trata de concreciones del derecho a la vida mas no de bienes jurídicos desligados de la vida humana.

Es un derecho que se tiene desde el momento de la fecundación hasta la muerte. Mientras hay vida humana hay derecho a la salud y derecho a la vida. La salud en este sentido es un bien y medio necesario para la existencia vital que el hombre merece; es' también medio

que en ciertas ocasiones adquiere la calidad de fin. Todas las acciones medico-asistenciales tienen como fin alcanzar la salud y alcanzada esta se recupera y se mantiene el bien fundamental protegido cuál es la vida".

La acción protectora del Estado con respecto a la salud, cobija a todos los seres humanos, ciudadanos colombianos, sin distinciones de ninguna especie; Además la Constitución y las leyes privilegian las condiciones especiales de los individuos como la niñez (Art. 44-50), la mujer y el embarazo (Art. 43), la tercera edad (Art. 46) y todas aquellas personas que por su condición económica, física o psíquica se encuentren en circunstancias de inferioridad evidente. (Art. 13). Sin embargo cabría preguntarnos si la responsabilidad del Estado termina con la expedición de leyes o decretos reglamentarios o por el contrario su compromiso debe ir hasta garantizar plenamente la prestación del servicio.

No hay duda de que estos individuos pertenecen a la especie humana; tienen también los mismos derechos humanos que proclamamos para los hombres con plena capacidad. La titularidad de los derechos humanos no queda condicionada ni modificada por la capacidad o incapacidad de su titular; pues si se tienen por ser hombre, toda persona que lo sea, los tendrá por necesidad. En el nivel de los derechos humanos, nos movemos en un espacio de naturaleza, la cual, por definición, no se ve modificada ni disminuida por circunstancias accidentales, como pueden ser las enfermedades o la minoría de edad.

Es de resaltar aquí la necesidad de aquel elemento fundamental en la convivencia humana cual es la solidaridad: la necesidad vital de no ser indiferentes frente al otro, ante sus necesidades, sus debilidades o aún sus potencialidades. El Estado Colombiano a través del ordenamiento jurídico establecido, privilegia la importancia del principio de la solidaridad como el elemento rector que inspira las relaciones entre él y la comunidad y entre los ciudadanos mismos.

La solidaridad es el esfuerzo de todos para que el ser humano sea respetado en su dignidad y la vida misma adquiera condiciones y garantías plenas para su conservación y desarrollo. Es la solidaridad la que hace posible que se dé la justicia distributiva ya no sólo por consideraciones jurídicas, sino porque entendemos y buscamos que toda persona sea tratada conforme a su dignidad. Ello también nos permite aceptar que el ejercicio de los derechos de los demás también son mi compromiso y mi responsabilidad.

La asistencia sanitaria debe entenderse como un bien social primario cuyo valor instrumental está en orden a la realización de la propia vida. Por lo tanto, debe estar sometida a los principios de justicia distributiva.

En la actualidad puede afirmarse que la asistencia sanitaria es un derecho que se exige en justicia, que se convierte en una cuestión pública, y el estado debe tener entre sus máximas prioridades la protección del derecho a la asistencia sanitaria. Es lo que refleja la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que cita explícitamente el derecho del ser humano a una asistencia sanitaria y a un modelo de vida adecuado para la salud y bienestar del individuo y de su familia (art. 25). Por otra parte, las crisis de salud pueden afectar a personas de cualquier edad, situación económica y utilidad social, ya que la enfermedad es parte de nuestra condición humana. Por ello, la atención sanitaria no puede limitarse a algunos

grupos humanos de determinadas cualidades no médicas, tales como el rango social o el status económico. La necesidad de la asistencia sanitaria forma parte de nuestra común humanidad y, por tanto, todos los seres humanos tienen derecho a un adecuado nivel de asistencia.

Un derecho es la facultad natural del ser humano hombre o mujer para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida atendiendo a las condiciones inherentes a su naturaleza, como son entre otras el dolor, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, cuando se habla del proceso salud-enfermedad. También es la facultad de hacer o exigir todo lo que la ley o autoridad establece a favor de alguien o que le permite quién puede hacerlo. Un derecho puede considerarse como la consecuencia natural del estado de una persona, o sus relaciones respecto a otros, es decir la justicia y la razón<sup>24</sup>.

Los derechos civiles son el conjunto de derechos reconocidos y garantizados por las leyes a los ciudadanos de un país. Y los derechos humanos son el conjunto de derechos y libertades consideradas como inherentes a la naturaleza humana, lo que implica especialmente su aplicación y respeto por todo poder político. La Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada por la Organización de Naciones Unidas en 1948 consagra su conquista permanente que obliga la responsabilidad; no basta que estén escritos, es imperativo hacerlos realidad.

Para hacer efectivo el derecho a la salud, se hace indispensable que cada ciudadano y ciudadana lo conozcan y lo acepten como algo a lo cual no pueden renunciar y asumir el deber de exigirlo en corresponsabilidad con el estado, esto quiere decir, que si bien y en aras de la autonomía cada sujeto tiene la obligación primigenia de cuidar su salud, mediante la adopción de estilos de vida saludables, los cuales debe interiorizar, apropiar y practicar como persona consciente con capacidad de autodeterminar el rumbo de su existencia y la realización de su proyecto vital hasta la muerte; también como ciudadanos deben exigir a las autoridades competentes el cumplimiento de la ley y la normatividad así como los requerimientos que promuevan una calidad de vida digna durante el continuum salud enfermedad inherente a la condición y naturaleza humana que los caracteriza.

Para lo anterior debe informarse, documentarse y asesorarse sobre todos los aspectos que contempla el derecho a la salud, inscritos en las declaraciones universales, los convenios internacionales y la constitución política de Colombia de 1991, y en lo posible sobre las sentencias proferidas por la Corte Constitucional, para resolver tutelas que sobre vulneración a este derecho han interpuesto personas que han sido afectadas, por conductas y decisiones adoptadas por los administradores de las instituciones responsables de la prestación del servicio y atención de salud a los ciudadanos colombianos.

Una vez aceptada **la salud como derecho**, se ha invocado la existencia de algún responsable de su cumplimiento. Lo anterior no necesariamente implica que la misma institución deba administrar los servicios demandados para mejorar la salud. En el

---

<sup>24</sup> HERNANDEZ ALVAREZ, Mario. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: Revista de Salud Pública. Vol.2. No. 2. 2002. Pág. 3 - 6 de 14.

protocolo de San Salvador el Estado figura como garante directo del derecho a la salud, con el compromiso de facilitar a sus ciudadanos, alcanzar el máximo bienestar físico, mental y social.

El primer paso para que el derecho a la salud sea efectivo es que se cumpla el derecho a la seguridad social. Esta es definida por la ley 100 de 1993 como el conjunto de instituciones y procedimientos de que disponen las personas 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, preámbulo).

Estar afiliado a la seguridad social para quienes son trabajadores y para sus familias es una obligación de parte del patrono y ha de hacerse desde el momento en que se inicia el contrato de trabajo. Para los trabajadores el derecho a la salud es de carácter irrenunciable. El estado es el encargado de velar por el cumplimiento del derecho a la salud de las personas que por su condición económica, física o mental se hallen en circunstancias de debilidad manifiesta. El estado no es el único ente llamado a proteger el derecho a la salud, también lo están la familia y la comunidad en general<sup>25</sup>

El derecho a la salud está compuesto por cuatro elementos esenciales: disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios, acceso a dicha infraestructura, aceptabilidad (respeto por el paciente, reconocimiento de la diversidad) y calidad. Así mismo, este derecho tiene una dimensión colectiva, relacionada con la salubridad pública, y una dimensión individual, circunscrita a la promoción del bienestar y la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades.

La sentencia T-010/99 expresa lo siguiente:

**DERECHO A LA SALUD-Carácter prestacional/ACCION DE TUTELA-Protección de derechos prestacionales por conexidad con derechos fundamentales**

El derecho a la salud forma parte de aquellos que han sido reconocidos por la doctrina como derechos de la segunda generación, que se caracterizan por carecer de una eficacia directa, en tanto su cumplimiento no depende solamente de su consagración en el texto constitucional, sino también de una decisión política condensada en su desarrollo legislativo, que depende, a su vez, de que existan recursos económicos y técnicos que permitan hacer realidad los servicios prestacionales que lo componen, razón por la cual se ha dicho que el derecho a la salud es de eminente contenido programático. Se tiene claro que el contenido del derecho a la salud corresponde a todos aquellos servicios que el Estado pueda brindar a los asociados -carácter prestacional- y en manera alguna a la consecución efectiva de la salud, entendida como el funcionamiento normal del organismo, en vista de que alcanzar esta situación escapa a las posibilidades reales de un Estado. El cumplimiento de la garantía constitucional requiere que haya un desarrollo legislativo -voluntad política-

---

<sup>25</sup> Ibidem. Ley 100 de 1993

y la posibilidad económica y técnica de llevar ese desarrollo a los hechos. Es por eso que en principio la acción de tutela no procede para amparar este tipo de derechos, cuya eficacia, igual que la del derecho a la seguridad social, depende de circunstancias ajenas a su núcleo esencial. Sin embargo, junto a la ubicación en el texto constitucional como criterio para establecer la fundamentalidad de un derecho y, por ende, la procedencia de la acción de tutela para su protección, se encuentra el criterio de la conexidad que permite amparar derechos no tutelables judicialmente, en principio, siempre y cuando su protección se requiera para la reivindicación de un derecho con carácter indiscutiblemente fundamental.

**DERECHO A LA VIDA DIGNA-**Debe evitarse agravación del estado de salud del paciente

El derecho constitucional fundamental a la vida no significa, en manera alguna, la posibilidad de existir de cualquier manera, sino la posibilidad de tener una existencia digna. Así, no solamente el que la persona sea puesta al borde de la muerte amenaza el derecho a la vida, sino que, aunque tal circunstancia sea lejana, también lo amenaza el hecho de que su titular sea sometido a una existencia indigna, indeseable, dolorosa, etc. El dolor es, sin lugar a dudas, una de aquellas circunstancias que hacen indigna la existencia y si insistimos en que el derecho a la vida debe entenderse a la luz del artículo 1° de la Constitución Política, que funda esta República unitaria en "el respeto de la dignidad humana", aunque su padecimiento no ponga a quien lo sufre al filo de la muerte, hay violación de dicha garantía fundamental cuando nada se hace para superarlo, siendo ello posible. La Sala Octava de Revisión se pronunció, considerando que debe evitarse a toda costa la agravación del estado de salud del paciente o que el mismo agonice para ser atendido o, en el peor de los casos, para que proceda la tutela y sea atendido por orden judicial. No es la urgencia la que determina la procedencia de la acción de tutela en estos casos, sino la valoración de las circunstancias concretas que lleve a establecer con certeza si hay o no vulneración de derechos fundamentales. Menos la urgencia en el sentido clínico del término que, al parecer, significa muerte inminente, pues queda suficientemente demostrado que no solo ella constituye desconocimiento del derecho consagrado en el artículo 11 de la Constitución Política.

**4.1.1.1. Características del derecho:** Es un derecho fundamental, porque es inherente a la persona humana, pues constituye parte integral de su ser. Además, es un bien necesario para la calidad de vida que todo hombre merece.<sup>26</sup>

Es un derecho derivado del derecho a la vida: La salud es un efecto vital. Lo anterior por cuanto el derecho a la vida comporta, como extensión ontológica, la facultad de vivir en las condiciones de bienestar físico, mental y espiritual adecuadas a su dignidad inviolable;

Es un derecho que se tiene desde el momento de la concepción hasta la muerte: el derecho a la salud, al ser inherente a la persona humana, se predica en la totalidad de la existencia del hombre, en todo tiempo y en todo lugar; mientras haya vida humana, hay derecho a la salud. Esto porque la salud no es una contingencia jurídica, sino un medio necesario para la

---

<sup>26</sup> CALDERÓN, Germán. La salud como un derecho. Ponencia Seminario Internacional Ética y Seguridad Social. Ministerio de salud. Colombia. Bogotá. Junio de 1998



existencia vital que el hombre merece; es un medio que en ciertas ocasiones adquiere la calidad de fin, pues el hombre busca la salud;

Es un derecho a conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales. En este punto es preciso hacer algunas distinciones: en primer término, no se habla de integridad física, mental y espiritual, porque constituye otro aspecto del derecho a la vida; se trata aquí de la plenitud de las facultades. Por plenitud ha de entenderse la realización de una disposición; algo es pleno cuando cumple con su fin propio: en la medida en que un ente llega al límite de su finalidad, se realiza plenamente. Entonces, cuando se habla de la plenitud de las facultades humanas, se entiende que las aptitudes humanas están cumpliendo su fin propio, tanto física, mental y espiritualmente. Segundo, no se trata sólo de la plenitud física, sino también de la mental y espiritual. Por plenitud física se entiende la normalidad en el desempeño de las facultades físicas del individuo. Constituye la armonía de la naturaleza funcional corpórea del hombre (la *Physis antropos* que ocupa la atención de Aristóteles, en la *Física* y en *De anima*). Pero el hombre no sólo es cuerpo, es también espíritu, en otras palabras, es la unión substancial del cuerpo y el alma como un todo armónico. De ahí que se hable de una salud mental, consistente en la plenitud de la capacidad intelectual del ser humano, y de una salud espiritual, que no es solamente la inclinación a lo trascendente, sino algo más objetivo: la paz interior, que requiere de un ambiente exterior que respete esa actitud íntima.

Es un derecho que implica todos los medios ordinarios al alcance para la prevención de las enfermedades, así como para recuperarse, es decir, la persona tiene derecho a los medios ordinarios, entendiendo por tales los que son viables para la prevención o para la recuperación de la salud. (Sentencia T 447. Oct.13/94. Eduardo Cifuentes)

**4.1.1.2. Principios inherentes al concepto de persona.** Si retomamos el ser humano como conjunto de potencialidades, encontramos en él dos dimensiones; dos categorías que constituyen su acervo fundamental. Categorías que han sido descritas, analizadas, planteadas, replanteadas desde la antigüedad hasta nuestros días por los más importantes pensadores, filósofos y humanistas de cada época.

Hoy tenemos que ponerlas de presente en el contexto de este modesto aporte a la discusión, pues no podemos sustraernos a la realidad que ellas representan. Estamos frente al ser humano-persona con una dimensión biológica, vital, orgánica; fundante de la vida misma y de su existencia como ser humano. Junto a ella, pero desde otra orilla, encontramos la dimensión trascendente, espiritual, racional, individual e incluso ética en cuanto a la valoración que de sus actos humanos haga.

El ser humano, como persona individual, se constituye en fuente autónoma de sus actos en el ejercicio de sus libertades, por lo cual es responsable de los mismos, lo que lo convierte en sujeto de derechos y de deberes.<sup>27</sup> La categoría de ser humano lleva implícitos unos principios fundamentales que le son propios e inherentes a su naturaleza: La dignidad y la autonomía; estos principios se acompañan de un tercero; La inviolabilidad.

---

<sup>27</sup> FRANCESC Abel. La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1993.

**Principio de Dignidad:** El término dignidad (del latín "dignitas", "dignitatis") hace referencia a ser merecedor de..., en sentido favorable o adverso. El concepto de dignidad tiene varios orígenes. El más remoto corresponde a las instituciones romanas en las que se llamaba "digno" a aquel ciudadano que se había distinguido por sus destacados y meritorios servicios al imperio.

Desde el punto de vista religioso, el término corresponde a la tradición hebreo - cristiana en la que los hombres somos "hijos de Dios", creados por El con un espíritu hecho "a su imagen y semejanza".

El principio de la Dignidad Humana fue planteado por Kant en la segunda formulación de su Imperativo categórico en su obra *La Metafísica de las costumbres*: "Actúa de tal modo que trates a la humanidad en tu propia persona y en la persona de los demás, nunca como un medio sino siempre como un fin".<sup>28</sup> Este planteamiento otorga al hombre un valor absoluto al considerarlo "un fin en si mismo". Atribuyéndole no tener un precio sino una dignidad y sin existir equivalencia alguna entre las dos instancias.

Es el principio de la dignidad el que fundamenta la igualdad de los seres humanos en cuanto a sus derechos, tanto frente al estado como a la sociedad en general. La dignidad se da solo en la individualidad, en la unicidad de cada ser humano. Sobre lo individual, podemos construir lo social y colectivo.

**Principio de Autonomía:** El principio de Autonomía de la persona, tiene relación con el respeto que tanto el Estado, la sociedad o los individuos, deben tener frente a la libre decisión o elección que cada ser humano hace frente a su proyecto de vida o al logro de los fines propuestos como metas o ideales de la existencia humana.<sup>29</sup> En el ejercicio de la Autonomía es requisito fundamental el respeto a las libertades individuales. Así es como el Estado debe contribuir al logro de los fines de los individuos, evitando su injerencia en la búsqueda de los mismos.

Es claro que cuando hay interferencia en el ejercicio de las libertades de cada individuo, lo que se está limitando es el ejercicio de la autonomía.

Recíprocamente la autonomía es la base del respeto; el respeto exige igualdad de derechos. El principio de Autonomía protege genéricamente la libertad de la persona, como valor inherente a ella y en cuanto su uso no genere acciones que puedan perjudicar a otras personas.

Muchos de los derechos individuales estén tutelados por el principio de Autonomía. Dentro de este concepto, el derecho a la salud, ya que por medio de ella se concretiza el derecho a la vida como derecho fundamental; requisito y condición indispensable para materializar el proyecto de vida de cada individuo. En conclusión, según Castillo Valery, "la consideración de persona del ser humano supone el reconocer en cada hombre un centro original de ser y

---

<sup>28</sup> CALDERÓN, Germán. La salud como un derecho. Ponencia Seminario Internacional Ética y Seguridad Social. Ministerio de salud. Colombia. Bogotá. Junio de 1998.

<sup>29</sup> *Ibid.*

actuar, capaz de tener conciencia de si mismo, (autoconciencia: capacidad Biográfica) - de mantener relaciones con los otros hombres, (heterorelación: capacidad social) - y de actuar de acuerdo con normas morales, siendo a la vez un sujeto de derechos y deberes".

**Principio de Inviolabilidad:** El principio de Inviolabilidad de la persona está entendido con relación a la prohibición de imponer al ser humano sacrificios o privaciones que no contribuyan a su beneficio; es decir, el principio de inviolabilidad sería inherente a la misma condición humana y estaría en relación directa con todo aquello que atente contra su condición de dignidad o contra la autonomía en términos del ejercicio de sus libertades.

Desde el campo de la salud y de la vida misma, podemos entender la inviolabilidad en la propia dimensión corporal del paciente; es decir, el lugar o instancia donde debe darse la inviolabilidad es en su cuerpo humano. En la corporalidad de todo ser humano-paciente, es donde hoy pueden darse con mayor frecuencia las violaciones a su dignidad, a su intimidad y a su autonomía; pues toda acción intervencionista de la ciencia médica actual tanto en la relación médico - paciente como en cualquier otra dimensión médica, puede constituirse en violatoria de estos principios fundamentales.

La doctrina constitucional considera que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en la Constitución Política, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima relación con otros derechos fundamentales, de manera que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. Es el caso del derecho a la salud, que no siendo derecho fundamental, adquiere esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su derecho a la vida<sup>30</sup>

El derecho a la salud como derecho fundamental frente a sujetos de especial protección.

La Constitución Política establece cláusulas que identifican sujetos de especial protección constitucional. Frente a ellos, la protección del derecho a la salud es reforzada debido al grado de vulnerabilidad que, en ocasiones, deben afrontar. Así por ejemplo, en el caso de la infancia, las personas con discapacidad y los adultos mayores, la jurisprudencia constitucional ha establecido que su derecho a la salud tiene el carácter de derecho fundamental autónomo<sup>31</sup>.

El derecho a la salud como derecho fundamental autónomo en relación con su contenido esencial.

La Corte ha considerado que existe un derecho fundamental a la salud como derecho constitucional que (i) funcionalmente está dirigido a lograr la dignidad humana, y (ii) se traduce en un derecho subjetivo<sup>32</sup>. En efecto la Corte ha considerado que, en sí mismo, (sin la regulación que establezca prestaciones y obligados) el derecho a la salud no puede ser considerado fundamental por que no es un derecho subjetivo<sup>33</sup>. Sin embargo, "al adoptarse

---

<sup>30</sup> Sentencia T-491 de 1992.

<sup>31</sup> Ver sentencias T-1081 de 2001, T-850 de 2002, T-859 de 2003 y T-666 de 2004.

<sup>32</sup> Sentencia T-697 de 2004.

<sup>33</sup> Ibidem.

internamente un sistema de salud en el cual se identifican los factores de riesgo, las enfermedades, medicamentos, procedimientos y, en general, los factores que el sistema va a atender para lograr la recuperación y el disfrute del máximo nivel posible de salud en un momento histórico determinado, se supera la instancia de indeterminación que impide que el propósito funcional del derecho se traduzca en un derecho subjetivo<sup>34</sup>.

Por consiguiente, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud, definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. De conformidad con la cual el derecho a la salud se estima fundamental, comprende el derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible que permita vivir dignamente y la efectividad del derecho se sujeta a la realización de procedimientos.

**4.1.2. Objetivos de la seguridad social en salud contemplados en la Constitución Nacional.** Los objetivos de la reforma al antiguo Servicio Nacional de Salud pueden verse contemplados dentro del contenido de la Constitución Nacional, apuntando todos ellos a la corrección de fallas conceptuales, estructurales y procedimentales de dicho sistema y a la introducción de mecanismos sociales y empresariales del manejo de la salud. Dentro de los principios constitucionales se encuentran básicamente tres: la eficiencia, la universalidad y la solidaridad. Es importante mencionar aquí, con el fin de hacer claridad sobre esta sección, que la Constitución Nacional definió cuáles eran los principios básicos que orientarían al sistema, pero fue la ley 100 de 1993 y su posterior desarrollo, quien dio más claridad sobre cómo se interpretaba cada uno de éstos. A continuación se presenta cada uno de estos tres objetivos con un breve análisis de lo que representa como tal en este sistema.

**La eficiencia.** dentro del sistema busca introducir una racionalidad del gasto en el sector a dos niveles, un nivel macro (Eficiencia en la Asignación) en donde la asignación de los recursos responda a la necesidad de brindar una serie de servicios en salud con enfoque integral, determinados dichos servicios a través de un mecanismo de priorización por exclusión y contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual se constituye en un derecho irrenunciable de todo habitante del país. Adicionalmente, el gasto estará mejor asignado gracias a un proceso explícito de selección de beneficiarios, dirigido por criterios de pobreza o calidad de vida.

El segundo nivel está enfocado a introducir una concepción de eficiencia técnica en los diferentes actores del sistema, pero especialmente a las instituciones encargadas del negocio del aseguramiento (Empresas Promotoras de Salud) y las encargadas de la provisión de los servicios (Instituciones Prestadoras de Servicios). La separación de estos dos negocios, anteriormente unidos o mal definidos, la introducción de mecanismos de mercado en el proceso de la relación de estos dos actores, la competitividad basada en la calidad y no en el precio del servicio y el derecho de libre escogencia que los ciudadanos tienen en la selección de los aseguradores y de los proveedores deben suponer la consecución de altos grados de compromiso y manejo empresarial de las instituciones.

---

<sup>34</sup> Sentencia T-859 de 2003.

**La Universalidad.** El sistema garantiza que todo habitante del país debe estar cubierto por el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin importar su estado actual o pasado de salud, así como tampoco el consumo de servicios de salud ni la condición socioeconómica de la persona. Para asegurar que todo habitante está dentro del sistema la ley contempla la obligatoriedad de aportar al sistema a todo aquel que tenga una capacidad mínima de pago definida por el gobierno, independientemente si esta cotización se hace bajo las bases de una relación laboral formal, en donde el aporte es compartido entre el trabajador y su empleador, o si se hace bajo la base de una cotización individual por carecer la persona de una vinculación formal con el mercado laboral. En este último caso la cotización es asumida completamente por el trabajador independiente. A este régimen se le llama el Régimen Contributivo.

Además del régimen contributivo existe un régimen de carácter subsidiado, en el cual se encuentran todos los ciudadanos, que no gozando con la fortuna de tener un ingreso económico suficiente para actuar como cotizantes, son subsidiados por el Estado. A este grupo de ciudadanos el Estado garantiza la consecución y aseguramiento de unos recursos financieros anuales para que estas personas, incluyendo su grupo familiar, gocen de una serie de beneficios en salud, los cuales se encuentran contemplados dentro del Plan Obligatorio en Salud ya comentado. Es importante mencionar la equidad del sistema de salud colombiano, al no establecer diferencia alguna en el futuro en los beneficios contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud de los dos regímenes como tampoco en el valor capitado anual que cada persona representa para el Estado.

Por último, y no por eso menos importante, se encuentra la **Solidaridad**. Esta solidaridad es mayoritariamente financiera y de tipo vertical, fundamentada en un esquema de subsidios cruzados en donde la concurrencia de un punto porcentual de los aportes de los cotizantes del régimen contributivo más una serie de aportes provenientes del gobierno central y de los gobiernos locales, mayoritariamente recaudados a través de impuestos y de participaciones regionales en el presupuesto nacional respectivamente, sirven para conformar una gran bolsa financiera (FOSYGA), la cual tiene varias subcuentas, todas ellas con destinaciones específicas, una de las cuales (la que mayor peso porcentual representa) está destinada al aseguramiento de la población pobre sin capacidad de pago.

Estos objetivos, bastante amplios en su espectro de trabajo, y bastante profundos en su deseo de logro, no son una tarea fácil de ejecutar y mucho menos rápida de alcanzar. El factor tiempo, unido al gran desconocimiento que una ley de reforma como la colombiana tiene dentro de propios y extraños del sector salud ha llevado a una lenta implantación.

Esta complejidad hace indispensable un periodo de ajuste de todo el engranaje que coordina el sistema. Se han presentado algunos inconvenientes y dificultades, pero esta historia no difiere en nada de la historia natural de los procesos de reforma e implantación de las mismas observados en otras latitudes.

**4.1.3. La vulneración del derecho a la salud.** Los estudiosos de este tema en sus análisis plantean los efectos desastrosos que ha tenido la operacionalización de la Ley 100 de Seguridad Social en Colombia desde 1993, respecto a la vulneración del derecho a la salud,

asimilado irreductiblemente en conexidad al de la vida y la integridad de los ciudadanos, pues, la ley en mención plantea abiertamente la privatización del servicio público de salud.

Aunque el informe de Desarrollo Humano Colombia 2000<sup>35</sup> presenta en su evaluación sobre la aplicación de la Ley en cuanto al aumento de la cobertura, respecto a la inequidad del Sistema de Salud existente antes de la promulgación de esta, la calidad del servicio está a espaldas del drama que sufren miles de colombianos, víctimas de la burocratización de las entidades que hoy prestan este servicio. Los miles de millones de pesos que se invierten en publicidad, que manipula el inconsciente individual y colectivo con el fin de cautivar usuarios para que aporten sus escasos recursos económicos con la esperanza de obtener seguridad en la atención en salud, para cada una de las personas y sus familias, y en el momento de hacer efectivo el servicio, tienen que enfrentarse al cumplimiento de una serie de trámites administrativos y burocráticos que por su dificultad, desgastan la energía y disposición ya menguada por efecto de su enfermedad, que los obliga muchas veces a renunciar al servicio viéndose abocados a dejar que su patología avance hasta extremos francamente dramáticos y dolorosos.

Las deficiencias en los sistemas de asignación de los recursos a los usuarios del SISBEN, donde con influencias políticas, se vinculan personas que poseen recursos para otro tipo de afiliación, dejan descubiertas a las personas que por condiciones de desempleo y pobreza extrema no pueden acceder al servicio de salud; este es otro de los problemas denunciados por la Superintendencia Nacional de Salud, así como la doble afiliación de muchos usuarios.

Aquí vale la pena resaltar la educación como uno de los escenarios donde se forman los ciudadanos conscientes de su responsabilidad social y política cuyos actores son los educadores de todos los niveles de educación establecidos en el país y los estudiantes, así como todas las personas que conforman la sociedad colombiana. Las deficiencias en el sector educativo en salud responsable de formar ciudadanos autónomos y comprometidos con el autocuidado para mantener su salud, es otro de los factores que agudiza la crisis del sector en Colombia. El ambiente privatizador que ronda a su vez al sector educativo en Colombia, a todos los niveles es otra de las amenazas que se ciernen sobre los educadores, que por el afán de sostener la lucha para mantener unas condiciones dignas de empleo, tienen que enfrentar los embates y las arremetidas de las decisiones gubernamentales que pretenden introducir el modelo neoliberal, sacrificando la calidad de la educación, por la eficiencia financiera, en el sentido de que los programas ya no se miden por su calidad y dignidad sino por la capacidad de obtener ganancias a cualquier costo.

Bien se afirma que la ignorancia es el peor flagelo que puede afectar la vida, la integridad y la libertad de las personas; donde no hay educación, no hay desarrollo y donde no hay desarrollo no es posible minimizar los efectos de la pobreza de grandes grupos de población ni en Colombia ni en el mundo. Y a esta ignorancia generalizada es la que orienta las

---

<sup>35</sup> Departamento Nacional de Planeación Social, Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, Desarrollo Humano Colombia 2000. Bogotá, Alfa Omega S.A. mayo 2001. Pag.101-102-103-104.

políticas educativas que se pretenden aplicar en el país, vulnerando además del derecho a la vida digna, la salud y ahora también a la educación, desconociendo estos aspectos como los pilares que sustentan el desarrollo individual y colectivo de una sociedad civilizada.

Las entidades encargadas de la Educación formal e informal en Colombia atraviesan por profundas crisis derivadas de la reestructuración que exige el gobierno para hacerlas viables financieramente, a costa de los exiguos recursos de la mayoría de los colombianos que por su condición de pobreza no pueden asumir los costos de la educación de sus hijos y la suya propia.

La educación en salud<sup>36</sup> que debe estar a cargo de profesionales del área, ha demostrado un rotundo fracaso por las dificultades sociales derivadas del conflicto armado, la pobreza y del desempleo, como la vulneración del derecho al trabajo a miles de colombianos. En este aspecto el índice de desempleo en Colombia habla por sí solo. El trabajo como medio de dignificación humana también se relaciona directamente con la salud de las personas, ya que es una de las formas que le permite desarrollar sus talentos, capacidades y potenciación de sus posibilidades de realización.

La vulnerabilidad del derecho a la salud en Colombia puede demostrarse a través del análisis cuidadoso de los informes que sobre quejas en la prestación de los servicios presentan los usuarios informados, a la Defensoría del Pueblo. Al respecto el doctor Juan Carlos Giraldo<sup>37</sup>, defensor del pueblo para los Derechos Humanos en Salud de Bogotá, presenta los siguientes planteamientos: el derecho a la salud no solamente puede ser abordado desde la óptica de su construcción y desarrollo, sino que también puede analizarse observando las vulneraciones: “En este aparte la defensoría del pueblo ha ido adquiriendo experiencia máxime si una de sus misiones naturales es la de denunciar todas las situaciones vulneratorias. Prestan asesorías para adelantar diferentes acciones judiciales que buscan restituir el ejercicio de los derechos menoscabados.

Los resultados hasta la fecha y después de nueve años de la existencia de la entidad, están reflejados en los diferentes informes que ha presentado el Defensor del Pueblo al Congreso de la República, destacándose el progresivo incremento en la participación de la salud y seguridad social en las actividades propias de esta entidad. Vale la pena destacar como en los últimos años la participación de la salud en el total de quejas se ha mas que duplicado. Específicamente en el período 97-98 el de las quejas de salud y seguridad social recibidas en el nivel central de la Defensoría se dirigieron contra el sector salud, contra el régimen de pensiones y contra el sistema general de riesgos profesionales.

Las principales causas de queja contra el régimen de salud se centraron en aspectos relacionados con la asistencia, (oportunidad de los servicios de urgencias, hospitalización y

---

<sup>36</sup> ARRATIA, Alexandra y ASALAN, P. Bioética en la Educación para la Salud en –Persona y Bioética No.11 Vol.4 (Enero-Abril 2001). P.92-101.

<sup>37</sup> GIRALDO Juan C. Comentarios al Derecho a la Salud en Colombia en Hacia la Promoción de la Salud. No.6 Vol.5 (diciembre 2000) p.60-63.

cirugía) exigencia de períodos mínimos de cotización en no afiliación, solicitud de procedimientos fuera del POS en otros (especialmente problemas de salud en la población carcelaria).

Las entidades contra las cuales se dirigieron las quejas en el mismo período fueron el ISS-EPS, las IPS privadas, las IPS públicas, las EPS privadas y Cajanal, respectivamente.

El anterior panorama de quejas a su vez coincide con el incremento en el número y en las causas de las tutelas que a diario se tramitan desde la Defensoría del Pueblo en todo el país.

La tutela, creada por la Constitución de 1991 suple una gran falencia del ordenamiento jurídico nacional, y le da vía a un recurso efectivo que puede interponer toda persona cuando resulta violado alguno de sus derechos.<sup>38</sup> Sin embargo, se ha vuelto costumbre especialmente de los alto funcionarios a quienes no convienen los fallos de los jueces, el condenar al instrumento bajo el genérico de la “tutelitis”, olvidando el debido respeto a la Constitución Nacional e ignorando que el problema no es número elevado de tutelas sino el número elevado de vulneraciones a los derechos causados por abuso del poder, por omisiones de los funcionarios y en muchos casos por perversas formas de operar los instrumentos de los sistemas especialmente del componente de salud.

**4.1.3.1 Acción de tutela en cubrimiento del derecho a la salud: criterios para conceder el cubrimiento según la corte.** La acción de tutela ha cobrado un papel protagónico en el cubrimiento de la seguridad social en salud para los colombianos que se encuentran en situación desprotegida. Este mecanismo se ha vuelto especialmente protagónico debido a todos los cambios que el gobierno ha empezado a efectuar al interior del país, esto es, el recorte del gasto público, la disminución del tamaño del estado que implica un proceso de privatización del sector salud, el paulatino cambio del sector salud para someterlo a las leyes del comercio de la oferta y la demanda, entre otros. Se han hecho numerosos estudios y observaciones que permiten concluir que la tutela casi se ha cumplido en un paso obligatorio para conseguir el cabal cumplimiento del servicio de salud de los colombianos. Es por ello que saber que requisitos y qué criterios tienen en cuenta los Jueces de la República para conceder las tutelas (en especial nos interesan los requisitos de la Corte Constitucional) es importante y casi una cuestión vital para los abogados y para quienes buscan un cubrimiento total de sus derechos fundamentales relacionados con su salud. Es por ello que traemos este artículo que muestra estos criterios tal como los ha establecido la Corte.

Derechos fundamentales: En primer lugar hay que determinar que la acción de tutela sólo opera cuando se encuentra en peligro inminente o se ha vulnerado un derecho fundamental.<sup>39</sup> No existe una lista tajante que nos pueda decir cuáles son los derechos

---

<sup>38</sup> LOZANO BEDOYA, Carlos Augusto. Deberes frente a la vida. Revista Su defensor. Número 10. Defensoría del pueblo. 1994.

<sup>39</sup> GARCÍA CARDONA, Gustavo. "La dignidad personal como fundamento de los derechos humanos", en Bioética y derechos humanos-Colección Bios y Ethos universidad del bosque. 1998.



fundamentales, sino que, dadas las circunstancias de cada caso en donde la integridad y el núcleo esencial de lo que significa ser un ser humano se ve afectado, podemos decir que hay una vulneración al derecho fundamental. En todo caso, es importante saber que la acción de tutela sólo opera para cubrir los derechos fundamentales.

Además de ello, la tutela debe:

Primero: Que opere en conexión con otro derecho fundamental. En efecto, si no se invoca un derecho que sea derecho fundamental directamente, por lo menos que el derecho invocado, de ser vulnerado por la entidad demandada prestadora de salud, resultaría dañado otro derecho que si es fundamental sin lugar a dudas. Si no hay un derecho fundamental que invocar, entonces se debe demostrar la conexidad del derecho invocado con éste.

Segundo: La asistencia que se solicita cubre una calamidad que sea tan grave y afecte de una manera tan inminente la vida o la integridad de la persona, que el cubrimiento debe ser urgente.

Tercero: Debe ser ante casos de extrema necesidad.

Cuarto: Que el cubrimiento de la salud sea posible para el Estado, porque él dispone de los mecanismos y recursos necesarios para cubrirlo.

Ahora bien, estos fueron los criterios bajo los cuales se determina la procedibilidad de la tutela en un caso concreto. Aún así, el tratamiento que se le brinda al solicitante debe cumplir ciertas expectativas. Este tratamiento debe tener un sentido y debe esperarse que cumpla los fines para los que fue solicitado. En vista de éste panorama, la Corte ha dicho que el tratamiento debe ser:

- a) En una situación de riesgo inminente para la vida del afectado.
- b) Existencia de un procedimiento cuya eficacia este científicamente acreditada. Que exista concepto favorable del médico tratante. Que no se practique en el país. Descartando los procedimientos experimentales.
- c) Beneficio esperado para la salud del afiliado
- d) Certificación de la institución en el exterior que acredite que el procedimiento no es experimental y que tiene buenos resultados de acuerdo a la experiencia.
- e) El ministerio de salud o la EPS tendrán a su cargo la designación de la entidad en el exterior que llevará a cabo el servicio.
- f) Conforme al principio de equilibrio financiero y dada la naturaleza y límites de las obligaciones dadas a la EPS, el estado debe garantizar a través del FOSYGA el otorgamiento o la financiación de la prestación, teniendo el derecho a exigir de la respectiva EPS el pago del valor de las prestaciones equivalentes dentro del POS.
- g) El usuario debe cumplir con los pagos que defina el Consejo Nacional de Seguridad

Social en Salud, según su capacidad de pago, pudiendo éste utilizar terceras entidades para ésta financiación.

h) El usuario debe acreditar su falta de capacidad de pago parcial o total para financiar la prestación, ya sea de sus propios recursos o por mecanismos alternativos, como pólizas de seguros y medicina prepagada.

i) Todos los procedimientos y exámenes que se puedan realizar en Colombia deben respetar el principio de territorialidad.

Con esto tan sólo se menciona algunos de los aspectos más importantes del cubrimiento de los derechos fundamentales de las personas que se ven afectados por el cubrimiento de seguridad social en Salud. Esperamos que éste pequeño resumen les sea de utilidad para conocer los criterios necesarios para los cubrimientos a través de tutela.

**Influencia de la Tutela en el cubrimiento de seguridad social en salud.**<sup>40</sup> Los datos presentados, sirven para analizar la importancia de la tutela a la hora de cubrir los derechos de los colombianos. En especial revela que áreas en concreto son a las que más contribuye la tutela para cubrir los derechos fundamentales de los colombianos en especial para el sector de la Salud.

Estadísticas tutelas año 1999 al 1er semestre de 2003.

Total tutelas que invocan el derecho a la salud desde 1999 a primer semestre de 2003

145.360 tutelas invocan el derecho a la salud de 564.523 tutelas totales 1999-2003. - El 25.7% de todas las tutelas presentadas a la Corte invocan el derecho a la salud.

Aumento en gradual de porcentaje de tutelas en salud

Cada vez son mas tutelas (en general) las que se solicitan, incrementando en un 14.7% por año. Por otro lado, cada vez se piden más tutelas en salud. Las tutelas en salud aumentan mucho más:

Cada año se aumentan en un 20.7% las tutelas que piden derecho a la salud.

Tutelas solicitadas dentro del POS:

El 70% de las tutelas en salud se encuentran dentro del POS.

Tutelas que cumplen con el requisito de semanas mínimas cotizadas:

El 95.2% de las tutelas cumplen el requisito de semanas mínimas de cotización.

---

<sup>40</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, en un estudio realizado en el año 2004.

Total de tutelas que significaban una reclamación justa, por haber sido concedidas:

Excluyendo las tutelas que no tenían el requisito de semanas mínimas de cotización se llega a un total de 87.300 tutelas concedidas.

El 71% de todas las tutelas en salud eran una reclamación justa.

Clasificación de las tutelas CONCEDIDAS de acuerdo al servicio solicitado.

Los servicios más solicitados son, en orden de más a menos: exámenes, cirugías, tratamientos y medicamentos.

Tutelas en salud concedidas que piden exámenes: 20.1%

El 79.6% por servicios incluidos en el POS, el 2% son POS de alto costo.

Tutelas en salud concedidas que piden cirugías: 19.5%

El 82% por servicios POS, 14.3% de POS alto costo, 11.9% son no-POS

Tutelas en salud concedidas que piden tratamientos: 17.9%

El 90.8% son tratamientos incluidos en el POS, la mitad de estos tratamientos es por POS de alto costo. El 9.2% es por servicios no-POS

Tutelas en salud concedidas que piden medicamentos: 14.9%

El 47% de las medicinas son por servicios no incluidos en el POS, dado su alto costo. El 53% es por servicios POS.

Gastos de bolsillo

Esta cifra trata de los servicios que no se prestan por las EPS pero que los pagan las personas de su plata. Es muy difícil de calcular esta cifra, sin embargo, en un estudio hecho se llegó al resultado de que el 47% de las personas se quejan de tener problemas para que se les den los medicamentos.

Tutelas en salud de alto costo (que necesitan reaseguro)

El 21.04% de las tutelas solicitan servicios de alto costo

Del total de tutelas de alto costo el 76.8% es por servicios dentro del POS, y el 23.2% es por servicios no-POS

Fallos en primera instancia:

El 78.5% de los fallos de primera instancia son favorables.

Cada año aumentan en un 10% el número de fallos favorables en primera instancia.

El 21.2% de las tutelas negadas fue porque el problema ya había sido resuelto durante el proceso.

Fallos en segunda instancia:

Solamente el 17% de las tutelas se llevan a una segunda instancia, son confirmadas por el juez de segunda instancia el 78.7%.

Conexidad del derecho a la salud con otros derechos fundamentales:

El 78% de las tutelas se hacen por conexidad, entre otros, con el derecho fundamental a la vida.

El 53% de las tutelas invocan, entre otros, el derecho a la seguridad social.

Tipos de entidades demandadas

En el 73.1% de los casos las entidades promotoras de salud – EPS son las entidades tuteladas, después los entes territoriales con el 11.4% y las administradoras del régimen subsidiado -ARS-, y 3.1%.

Tutelas según el tipo de EPS (del Estado o particular).

La mayoría de las tutelas son contra EPS del Estado, el 61% son para el ISS, el 9.5% son contra Cajanal.

Como se ve, la importancia y relevancia de la tutela en el período de tiempo analizado ha sido vital. Casi se puede decir que la tutela es un requisito previo a la asistencia en seguridad social en salud. Los resultados de éste estudio lanzan unos preocupantes resultados y verdaderos interrogantes como: ¿Qué habría pasado con los 87.300 ciudadanos a quienes no se les concedió la asistencia en salud por servicios por dentro del POS, teniendo todo el derecho, si no hubiera existido la tutela?, ¿Si no hubiera existido la tutela, a dónde se irían los millones de recursos que se pagan anticipadamente en seguridad social en salud para financiar estos servicios? ¿Están apostando las entidades a la posibilidad de que los usuarios no reclamen sus legítimos derechos negando los servicios para ver con cuantos recursos pueden quedarse?

#### **4.1.4. Normatividad Internacional y regional de carácter general**

Declaración universal de derechos humanos

Artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, y en especial los servicios sociales necesarios.”

La declaración hace énfasis en el reconocimiento de la necesidad de un nivel de vida adecuado para todas las personas, evidenciando su naturaleza universal, esto es, el disfrute por parte de las personas de los derechos contenidos en ella sin discriminación de ninguna naturaleza. Para alcanzar ese nivel de vida adecuado es necesario que se le asegure a la persona y a su familia la salud y el bienestar entre otros. La declaración Universal de Derechos Humanos es de particular importancia para el posterior desarrollo de la salud como derecho humano, en tanto es el primer pronunciamiento de la comunidad de Estados que recoge dos elementos fundamentales para su exigencia, como son la igualdad y la universalidad.

Pidesc

Artículo 12: Los Estados Partes del presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes del presente Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) Las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. El pacto se centra en la identificación de las responsabilidades que deben ser cumplidas por los Estados. En ese sentido, establece indicadores (tasas de mortalidad y mortalidad infantil) para definir un grupo de riesgo prioritario (los niños); enuncia principios de salud pública (incisos b y c); hace énfasis en la salud ocupacional y en la prevención de las enfermedades; y se refiere específicamente, y por separado, a las condiciones para asegurar asistencia médica y a los servicios médicos (inciso d).

Pacto internacional de derechos civiles y políticos

Artículo 7: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos. El Pacto en su artículo 7 agrega un elemento que, hasta los momentos, no había sido incorporado por ningún otro instrumento internacional, es decir, la prohibición del sometimiento del individuo a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento, sugiriendo con ello aspectos éticos que deben caracterizar la práctica médica.

Declaración americana de los derechos y deberes del hombre:

Artículo XI: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

La manera como está formulado este derecho subraya la interrelación con otros derechos tales como el vestido, la alimentación y la vivienda, así como la necesidad de combinar medidas de salud estrictamente públicas y con las privadas.

Convención americana sobre derechos humanos (pacto de San José de Costa Rica).

Artículo 26: “Los Estado Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”. El artículo 33 de la Carta de la Organización estipula que entre las metas que deben ser alcanzadas para contribuir al desarrollo integral, se encuentran: i) Defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica” y. l) Condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna”. Aunque la Carta de la OEA brinda elementos mas políticos y sustanciales a la hora de velar por los derechos reconocidos en la misma, es insuficiente en el plano operativo, en tanto, los postulados que contempla son demasiado generales.

#### **4.1.4.1. Instrumentos relativos a sectores y problemas específicos**

Salud de los trabajadores: Para la OIT “El término salud, en relación con el trabajo, abarca no solo la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene del trabajo”, por lo que ha aprobado diversos convenios que establecen criterios a tener en cuenta a fin de garantizar efectivamente el derecho a la salud.

Salud de las mujeres Aparte de lo establecido sobre el Derecho a la Salud en el Pacto DESC, el Artículo 10 Ordinal 2 compromete a: “conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto”. De igual manera en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer, se reconoce a todas las mujeres el derecho a la protección de la salud y a la atención médica sin discriminación de ningún tipo y le otorga al Estado toda la responsabilidad por la eliminación de todo tipo de segregación y por la aplicación de medidas adecuadas para evitar que se profundicen discriminaciones en el campo de la salud. A partir de allí dispone que no debe haber discriminación en lo relativo al suministro de los servicios sanitarios y de atención durante la maternidad y el parto, sobre todo para aquellas mujeres que viven en zonas rurales. Salud de los niños: Para esta población en específico se establecen responsabilidades en la Convención de los Derechos del Niño:

"Artículo 24.-

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de

este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;" d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicio médico en caso de emergencia. Se reconoce el derecho a la salud de los niños, abarcando con él los servicios de atención y sanitarios, preventivos, curativos y de rehabilitación, de tal forma que se establece la necesidad de adoptar medidas destinadas a reducir la mortalidad infantil, asegura la atención médica y la atención sanitaria prenatal, combatir enfermedades como la malnutrición, asegurar la educación de los padres y a los mismos niños sobre el cuidado de su salud, y desarrollar la dimensión preventiva en la planificación familiar.

En segundo término, contempla la atención relativa a la salud de los niños impedidos, a los cuales es necesario garantizar servicios curativos y de rehabilitación totalmente gratuitos; igualmente, la Convención establece la responsabilidad del Estado en lo concerniente a la realización de esfuerzos de cooperación internacional de manera que puedan intercambiarse con otros Estados informaciones sobre avances médicos y científicos, necesarios para los servicios médicos que se presten a los niños con impedimentos físicos o mentales. Por último, se reconoce en la Convención el derecho que tienen los niños internados en establecimientos especiales de atención y tratamiento tanto físico como mental, a la vigilancia y realización de exámenes en cortos periodos de tiempo, y al adecuado tratamiento de sus necesidades especiales.

**4.1.5. Responsabilidad del Estado.** Cuando un Estado firma el PIDESC asume responsabilidades frente a la garantía y promoción de estos derechos consignados allí. Para el caso que desarrollamos, en materia de Salud los Estados firmantes deben aportar todos sus medios jurídicos, económicos y políticos para una real satisfacción de las necesidades que provengan del derecho.

Pero además de esta responsabilidad, a nivel internacional, el Estado se responsabiliza de informar a los órganos de vigilancia de orden regional e internacional. Por ello, el Comité de DESC plantea como objetivos de la presentación de informes lo siguiente:

1. Asegurar que se emprenda un examen amplio de la legislación, las normas y procedimientos administrativos y las diversas prácticas nacionales en un esfuerzo por ajustarlas en todo lo posible a las disposiciones del Pacto.
2. Garantizar que el Estado parte vigile de manera constante la situación real con respecto a cada uno de los derechos y, por consiguiente, se mantenga al corriente de la medida en que todos los individuos que se encuentran en su territorio o bajo su jurisdicción disfrutan, o no disfrutan, de los diversos derechos.
3. Permitir al gobierno que demuestre que se ha iniciado esta adopción de políticas en función de los principios.

4. Facilitar el examen público de las políticas de los gobiernos con respecto a los DESC y estimular la participación de los diversos sectores económicos, sociales y culturales de la sociedad en la formulación, aplicación y revisión de las políticas pertinentes.

5. Proporcionar una base sobre la cual el propio Estado parte, así como el Comité, pueda evaluar de manera efectiva la medida en que se han hecho progresos hacia el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el Pacto.

6. Permitir que el propio Estado parte comprenda mejor los problemas y limitaciones que se presenten en sus esfuerzos por alcanzar progresivamente toda la gama de DESC.

7. Permitir que el Comité y los Estados partes en su conjunto, faciliten el intercambio de información entre los Estados y lleguen a comprender mejor los problemas comunes a que hacen frente los Estados y a aplicar más cabalmente el tipo de medidas que pueden adoptarse con objeto de promover la realización efectiva de cada uno de los derechos contenidos en el Pacto.

En lo que se refiere a la salud, la OMS comparte esta visión al señalar que en la formulación de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2.000 se emplean con frecuencia “...expresiones como ‘los países deberán ...’ o ‘los países colaboraran en ...’. Esta forma verbal refleja el compromiso contraído voluntariamente por los países de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000 sobre la base de la atención primaria de salud, conforme a la Declaración Alma-Ata. En modo alguno debe interpretarse como la imposición de determinadas acciones a los países por parte de un organismo supranacional”.

Adicionalmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “gran parte de la acción necesaria para lograr las metas de salud para todos representa una responsabilidad del Estado”, responsabilidad que “... emana del reconocimiento de que las personas, las organizaciones voluntarias y el sector privado son incapaces de atender todas las necesidades de salud solo con su propio esfuerzo”, por lo que “... el Estado debería prestar gratuitamente los servicios que benefician al país en general”

La responsabilidad del Estado en lo que se refiere al derecho a la salud se ubica en dos dimensiones:

**4.1.5.1. Responsabilidad Positiva:** El Estado tiene una responsabilidad positiva, en cuanto debe intervenir activamente para prevenir y controlar enfermedades, garantizar el acceso a servicios y promover un ambiente favorable al disfrute del grado máximo de salud. Esta responsabilidad positiva se expresa en las siguientes obligaciones:

El Estado debe reconocer el derecho a la salud, mediante la firma y ratificación de convenios y tratados internacionales sobre la materia y la incorporación en las leyes del país de provisiones que aseguren su vigencia.<sup>41</sup>

El Estado tiene que promover el derecho a la salud, a través de medidas legislativas y políticas. En cuanto a las medidas legislativas, además de reconocer este derecho en las

---

<sup>41</sup> Ibid.



leyes, se deben desarrollar leyes que aseguren su disfrute en términos prácticos, es decir, mediante medidas que aseguren, por ejemplo, la no discriminación, la igualdad de acceso, la participación comunitaria en la toma de decisiones, la difusión de los derechos que amparan a las personas y comunidades en el disfrute del grado máximo de salud y la información. Además, se deben adoptar políticas y asignar recursos suficientes a los organismos públicos encargados de hacer posible la vigencia del derecho a la salud.

El Estado tiene el compromiso de proteger el derecho a la salud, tomando medidas que prohíban a sus funcionarios y a los particulares cometer acciones contrarias al disfrute del grado máximo de bienestar físico, mental y social necesarios para una salud adecuada, y creando mecanismos legales que permitan reclamar las sanciones de los responsables de cualquier violación a dichas medidas,

El Estado está en la obligación de satisfacer y garantizar el derecho a la salud, lo que significa que las autoridades deben intervenir activamente para asegurar que si una persona o grupo se encuentra en desventaja para disfrutar este derecho, el Estado debe tomar medidas que le permitan a esa persona o grupo satisfacer su derecho a la salud.

El Estado debe desarrollar políticas de salud en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, atendiendo a las dimensiones individuales y sociales de este derecho.

El Estado debe buscar un balance entre los recursos destinados a servicios preventivos y los destinados a servicios curativos, con énfasis en los primeros, en el entendido de que no existe un vínculo directo entre cantidad de recursos y cantidad de salud, a menos que la inversión de recursos ponga énfasis en servicios de atención primaria.

El Estado debe concebir el desarrollo de políticas y la prestación de servicios de salud desde una perspectiva de derechos humanos, lo cual supone que la salud debe ser vista como un bien público para cuya satisfacción se requieren recursos, concebidos como inversión social y no meramente como gastos.

**4.1.5.2. Responsabilidad Negativa:** El Estado tiene una responsabilidad negativa, pues debe abstenerse de formular políticas y de tomar medidas que pongan en peligro la salud de la población. Esta responsabilidad negativa supone las siguientes obligaciones:

El Estado está obligado a respetar el derecho a la salud, lo cual significa que las autoridades no pueden llevar a cabo acciones políticas o legislativas que afecten negativamente este derecho; la no discriminación es un componente básico de esta obligación.

El Estado tiene un deber de satisfacción progresiva, lo cual supone que no deben tomarse medidas legislativas, políticas o de otra índole que reviertan los logros alcanzados en materia de salud.

El Estado debe abstenerse de promover, facilitar o aceptar prácticas contrarias al derecho de la salud, bien sean éstas desarrolladas desde entidades estatales, o por particulares.

**4.1.5.3. La obligación de adoptar medidas:** Las responsabilidades derivadas del Artículo 2 párrafo 1 del PIDESC han sido estudiadas en términos generales y son plenamente aplicables al derecho a la salud. Cabe destacar que la obligación de adoptar medidas, también es contemplada por instrumentos regionales de protección con el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), pero por tratarse de un instrumento aún no vigente se limitará el análisis al PIDESC.

Una de las principales responsabilidades del estado en materia de salud consiste en la adopción de medidas “legislativas, administrativas, judiciales, económicas, sociales y educativas” para garantizar la plena vigencia de este derecho. La Adopción debe emprenderse de forma inmediata. En el plano de la salud, las medidas a tomar deben abarcar los diferentes niveles de protección de este derecho, desde la fase de promoción y prevención hasta la de tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a las medidas legislativas y judiciales, éstas deberían abarcar provisiones legales en las siguientes esferas:

Reconocimiento de la salud como derecho humano;

Prohibición de la discriminación en el disfrute del grado máximo de salud física y mental;

Establecimiento de leyes-marco para la puesta en práctica de las políticas nacionales en materia de salud;

Reconocimiento del derecho a la participación de la población en la formulación, monitoreo, evaluación y administración de los sistemas de salud y establecimiento de mecanismos específicos para canalizar esta participación de manera eficaz;

Desarrollo de instrumentos legales relativos al control de alimentos, medicamentos y otros productos para el uso o consumo humano, control fitosanitario y veterinario, y control de factores que afectan el ambiente, incluyendo sanciones a quienes violen dichos controles y mecanismos eficaces de canalización de denuncias por parte del consumidor;

Establecimiento de los recursos judiciales necesarios para denunciar y reparar posibles violaciones, tanto por acción como por omisión;

Establecimiento de sanciones para los agentes del Estado o particulares que atenten contra cualesquiera de las dimensiones del derecho a la salud;

Establecimiento de normas de conducta para los agentes de salud (médicos, paramédicos, técnicos, etc.) en las que se concilian las exigencias gremiales y profesionales con los derechos del individuo y de las comunidades, de tal forma que los segundos primen siempre sobre los primeros.

Establecimiento de las obligaciones, tanto del Estado como de los particulares, y en especial de los profesionales de la salud en respuesta a las necesidades individuales y colectivas de salud de la población y, en particular, de los derechos del paciente.

En relación con este aspecto, un problema frecuentemente debatido se refiere a las obligaciones del personal médico en casos de atención de emergencias, aún si dichos profesionales están ubicados en el sector privado. Al respecto, expertos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han arrojado luces recientemente sobre el enfoque que debe darse a este problema, al señalar: Las discriminaciones de carácter económico en la atención al derecho a la salud constituyen una grave violación de los derechos humanos que deben ser evitadas por todos los medios posibles. Este tipo de discriminación presenta diversos grados siendo el más grave aquel que impide la atención a los servicios de salud a personas que requieren atención de extrema urgencia.

Las medidas sociales y educativas están estrechamente vinculadas y abarcan tanto la dimensión preventiva y curativa. Entre estas se encuentran:

La promoción de la salud en todas sus esferas, especialmente a través del desarrollo progresivo de políticas de mejoramiento de las condiciones ambientales generales (agua potable, disposición de excretas, ambiente laboral, etc.)

El incremento de los niveles de alfabetización de la población;

El desarrollo de campañas educativas y de información permanente sobre los principales riesgos de salud y los medios para su prevención y tratamiento, de acuerdo al contexto socio-económico, cultural y ambiental específico de cada comunidad.

La difusión de los derechos del individuo y de la colectividad en materia de salud, incluyendo información sobre el derecho y canales de participación, mecanismos de acceso al sistema de salud, así como de los medios disponibles para exigirla satisfacción de este derecho y sancionar a los responsables de violaciones.

**4.1.6. Los servicios de urgencias el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la atención médica se agrupa en tres niveles, de acuerdo con su complejidad.

En el tercer nivel se prestan servicios hospitalarios y ambulatorios de especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general y ortopedia, entre otras especialidades (Malagón et al., 1986), en áreas de urgencias, consulta externa, cirugía, hospitalización y cuidado intensivo. Las urgencias son “aquellas situaciones en las que el estado del paciente requiere una atención profesional en donde el tiempo es decisivo para garantizar la eficiencia de las medidas terapéuticas y para evitar complicaciones graves e incluso la muerte del paciente” (de Sancho, 1997, 207). En Colombia, el servicio de urgencias incluye: evaluación y atención médica, atención médica que requiera sutura, atención médica con cuidado de observación hasta por 24 horas, atención médica con cuidado en hidratación, evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera e interconsulta especializada.

Por su gran capacidad resolutoria, la demanda de servicios de urgencias de alto nivel de complejidad se ha incrementado, y las unidades de urgencias de los hospitales de tercer nivel de atención se han convertido en la principal puerta de entrada al SGSSS. A éstos acude una amplia variedad de pacientes –desde los no urgentes hasta los que sufren traumatismos severos–, y conviene diferenciar entre la urgencia objetiva, dictaminada médicamente, y la subjetiva, en la que la inmediatez de la atención es decidida por el enfermo o sus allegados (de Sancho, 1997).

Por esta razón, el primer paso en los servicios de urgencias es la selección, que se realiza mediante triage o identificación de la situación real de salud de las personas que llegan al servicio. Los hospitales tienen diferentes esquemas para realizar el triage. El sistema general incluye las siguientes categorías: crítico, o de asistencia inmediata; emergencia, requiere una resolución de corto plazo; urgencia, se requiere atención hospitalaria aunque no siempre ingreso después del diagnóstico y el tratamiento; y situaciones no urgentes, problemas que se pueden solucionar en otros niveles del sistema (ibíd.).

Con el incremento del número de pacientes, aumentan los retos para los profesionales del servicio, en las áreas asistencial y administrativa, pues la unidad de urgencias también debe ofrecer, internamente, un paso ágil a las áreas de cirugía, hospitalización y cuidados intensivos y, externamente, una rápida comunicación con las entidades aseguradoras.

Este incremento del uso de los servicios de urgencias obedece a la poca capacidad resolutoria de los centros hospitalarios de segundo nivel, donde es necesario prolongar la atención de los pacientes en urgencias por falta de camas. La carencia de una medicina preventiva, y la falta de programas para pacientes con enfermedades crónicas –como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y los problemas respiratorios– son obstáculos para el manejo racional de los servicios de urgencias de alta complejidad.

Así, muchos servicios de urgencias deben ir más allá de su propósito inicial. Para cumplir su objetivo –definir oportunamente la conducta médica que se debe seguir con un paciente incapacitado súbitamente por una enfermedad o traumatismo accidental– no sólo deben perfeccionar los procesos de atención de los pacientes, sino los vínculos con las entidades aseguradoras.

En este sentido, la relación que se establece con las aseguradoras y la forma de organización en que se expresa afectan la calidad de los cuidados hospitalarios y la agilidad de los trámites administrativos: autorizaciones de servicios, inclusión en programas de atención domiciliaria, remisión a otros centros de atención o recobro del valor de los servicios.

**4.1.6.1. Triage de urgencia.** Existe un consenso general sobre la necesidad de contar con un sistema de triage en el Departamento de Urgencias;<sup>42</sup> algunos estudios de evaluación de la calidad del triage han descrito los siguientes beneficios: desde el punto de vista de la seguridad del paciente, ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la

---

<sup>42</sup> PULIDO H. Asociación Colombiana de Hospitales Triage Hospitalario. 2000.

tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de triage representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado del triage y el diagnóstico final; así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.

Según Cook y Sinclair el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.<sup>43</sup> En el manual de Advanced

Trauma Life Support (ATLS), el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.<sup>44</sup> Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.).

La palabra triage se deriva del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Su uso se inició en el campo de batalla; fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento. Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.<sup>45</sup>

A partir de los años 1970s se le dio una nueva dimensión al concepto de triage civil; el objetivo de éste era la identificación rápida y adecuada de aquellas víctimas de trauma con lesiones graves para asegurarle la atención en un centro de trauma. Así mismo, que aquellos pacientes con lesiones menores no fueran trasladados, para evitar el uso inadecuado del servicio de urgencias.

Recientemente, los sistemas de triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento el cual ocurre por muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente todos sus problemas de salud por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos; el espacio inadecuado; personal médico o personal de apoyo insuficiente; ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen un uso inapropiado de la sala de urgencias. De acuerdo con las

---

<sup>43</sup> AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support. 1997; 23-26

<sup>44</sup> WILLIAMS R. Triage and emergency department services. editorial. Annals of Emergency Medicine. 1996; 27(4):506-508. abdominal pain out of the emergency department: three months feasibility study. University of California, Davis, Medical Center.

<sup>45</sup> MOWER W, SACHS C, NICKLIN E, et al. Pulse oximetric as a fifth pediatric vital sign. Pediatrics. 1997; 99(5):681-686.

estadísticas norteamericanas, se ha estimado que 15% a 50% de los pacientes que acuden a Urgencias presentan problemas menores.<sup>4647</sup>

**Tipos de triage.** Se han descrito cinco tipos de triage:<sup>48</sup>

Triage no profesional: es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.

Triage básico: es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.

Triage avanzado: es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.

Triage médico: es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.

Triage en equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo.

En nuestro medio, se utilizan las modalidades de triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional. Una limitante observada es la poca disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso.

**Determinación de las prioridades.** Valoración del Paciente:<sup>49 50</sup> la clase de prioridad o calificación de la urgencia puede ser hecha mediante la combinación de los elementos de la valoración: la interpretación subjetiva o motivo de consulta del paciente y el examen clínico objetivo. Dos pacientes pueden presentar el mismo motivo de consulta desde problemas muy serios que involucran el sistema nervioso central o el sistema respiratorio, a menos serios, como problemas de las extremidades, en los cuales la urgencia con la cual deben ser tratados depende del grado de amenaza de la vida o pérdida de la extremidad; esto puede ser expresado por el tipo y grado de los síntomas que el individuo presente.

Los siguientes factores combinados con los signos vitales del paciente, el examen físico y el motivo de consulta pueden cambiar la prioridad con la que debe ser iniciado el tratamiento:

Severidad de los síntomas

---

<sup>46</sup> DERLET R, KINSER D. The emergency department and triage of non urgent Patients. Editorial. Annals of Emergency Medicine. 1994; 23(2):377-379.

<sup>47</sup> DERLET R, KINSER D, Lou R, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5 year study. Annals of Emergency Medicine 1996; 25(2):215-223.

<sup>48</sup> ESTRADA E. Triage Systems. Nursing Clinics of North America. 1981; 16(1):13-24

<sup>49</sup> BLUMER J. Cuidados Intensivos en Pediatría . 1993.

<sup>50</sup> WELLS-MACKIE J. Clinical assessment and priority setting. Nursing Clinics of North America. 1981; 16(1): 3-11.

Frecuencia de los síntomas

Problemas pre existentes

Factores precipitantes

Edad del paciente

Antecedentes alérgicos

Antecedentes medicamentosos

Los signos y síntomas son los indicadores de enfermedad más relevantes. Los signos vitales significativamente anormales son indicadores de amenaza de la vida: hipotermia e hipertermia; bradicardia y taquicardia; hipotensión e hipertensión, apnea y taquipnea.

Los signos y síntomas cardiovasculares son considerados prioridad I o II y ninguno se clasifica como prioridad III, lo que implica que no se dejan pacientes en turno en la sala de espera.

El triage tiene varias definiciones, y rigurosamente se establece su definición para la organización de la atención de gran cantidad de lesionados (desastres). Sin embargo también se utiliza el término en la selección y clasificación de pacientes para la atención en servicios de urgencias, basado en las necesidades terapéuticas y servicios disponibles. Para este último concepto es decir en un servicio de urgencias, el triage puede ser realizado por enfermera y médico, el cual puede ser básico o avanzado (que incluye un examen físico inicial del paciente). Sin embargo en los servicios de urgencias, el paciente siempre será valorado por un médico ya sea en consulta posterior al triage de enfermería, o por triage médico aunque este último se comporta como una consulta de urgencia.

El triage de urgencias especialmente de enfermería, no puede decidir la prestación del servicio, sino su organización y prioridad, y este siempre debe prestarse. El concepto de enviar a consulta externa prioritaria realmente no existe como sustitución del servicio, por lo que se aconseja no decidir esta forma de atención mediante el triage de los servicios de urgencias. Legislación específica no hay, pero el método se reconoce (aunque no es obligatorio) en el sistema obligatorio de calidad resolución 1439 anexo técnico N. 1. Sin embargo su implementación obedece a guías e información nacional e internacional vigentes, y que cada institución acoge.

## **5. RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL SECTOR DE LA SALUD**

En cualquier país la Responsabilidad Social del sector de la salud se da frente al ciudadano, al demostrar que se prestan los servicios que la población requiere de manera equitativa, y, frente al Estado al demostrar Eficiencia Técnica en el uso de los recursos que utiliza el Sector. El anterior planteamiento hace necesario que los Ministerios de Salud seleccionen instrumentos para promover, demostrar y dar a conocer una mejor calidad en los servicios que prestan las organizaciones de salud. Estos responden a prioridades definidas por los Ministerios, y dejan por fuera otros posibles instrumentos de calidad que deben ser desarrollados en un futuro.

El diseño del Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano como un sistema de competencia regulada y sus pilares, pusieron incentivos económicos muy claros hacia la calidad de la atención. La libre concurrencia estimula la libre entrada y permanencia en un número amplio de agentes concurrentes. La libre elección da a los usuarios la libertad de elegir entre ellos la promotora de salud cuyas características satisfagan de la mejor manera sus expectativas, les otorga el derecho a trasladarse libremente de una entidad a otra dentro de las normas estipuladas para ello, y, también tienen el derecho a escoger prestadores de su preferencia entre las opciones ofrecidas por la promotora. La disponibilidad de información minimiza el problema de la falta de información del usuario al estandarizar el producto en un Plan Obligatorio de Salud de tal manera que los proveedores no puedan diferenciarlo, al establecer una tarifa única, buscando así que tampoco sea fácil manipular a los usuarios a través del precio del producto, y, finalmente, al poner como norma la obligación de entregar información a los usuarios sobre la calidad de los servicios que se prestan.

La Constitución de 1991 define un nuevo orden jurídico, institucional y social. En ella "el derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable y es un servicio público esencial de obligatorio cumplimiento por parte del Estado y de los asociados", según lo contemplan los artículos 48 y 365 de la Constitución, y el artículo 22 de la Declaración Universal. La calidad de vida de los ciudadanos miembros de una comunidad está íntimamente ligada a la calidad de la seguridad social. No basta con reclamar el respeto de la vida sin considerar la necesidad que tiene el ser humano para desarrollarse como ser libre e igual. En concordancia con esta necesidad la Constitución de 1991 consagró el Estado Social de Derecho como un principio para lograr la igualdad material en Colombia. El Estado Social de Derecho se relaciona en forma directa con la seguridad social debido a la obligatoriedad de éste para promover las condiciones requeridas para superar la inequidad y desprotección a la que se ven sometidos miles de compatriotas.

Sobre estos derechos la Corte Constitucional ha manifestado "El Estado Social de Derecho se define materialmente como aquel que consagra, protege y hace efectivos los derechos de las personas, sus garantías y sus deberes. La protección de los derechos se integra como elemento definitorio del Estado social de derecho. El respeto a la dignidad humana, al



trabajo y a la solidaridad de las personas que integran la nación le dan, en su conjunto, un contenido material y no simplemente formal al Estado de derecho, el cual ya no puede definirse a secas como el imperio de las leyes".

En un plano subjetivo -continúa la Corte-, "los derechos y garantías constitucionalmente proclamados tienen la virtualidad de reconocer al individuo y a los grupos sociales el poder efectivo de establecer, en unos casos, un límite a la acción del Estado; en otros el ejercer libremente una determinada actividad; y finalmente, el de obtener del Estado la realización de ciertas prestaciones que correlativamente se tornan en deberes sociales a su cargo".

La salud constituye uno de los derechos que reúne el ejercicio de un amplio espectro de facultades inherentes a la persona humana. Su reconocimiento y garantía se relaciona con las posibilidades de acceder a una adecuada protección. Los derechos que se desprenden de esta necesidad son:

1. Derecho a recibir el Plan Básico de Salud (P.B.S.).- Todas las personas que habitan el territorio nacional, tienen el derecho a recibir la atención básica del servicio de salud y es deber del Estado el proveer los medios para que este derecho se materialice.
2. Derecho a la Información.- Toda persona tiene derecho a solicitar de los funcionarios competentes la información oportuna, suficiente y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la conservación de servicios referentes con su salud personal y la de los miembros de su familia. Igualmente estos tienen la obligación de explicar adecuadamente al interesado, haciéndolo en lenguaje sencillo y comprensible.
3. Derecho de Petición- Toda persona tiene derecho a que se le resuelvan las solicitudes verbales o escritas que formule ante las autoridades de salud, E.P.S., I.P.S.; Empresas Sociales y demás entes del sector, para lo cual disponen como máximo de quince (15) días calendario.
4. Derecho a elegir de E.P.S. e I.P.S.- Toda persona tiene derecho a escoger libremente la entidad promotora de salud y trasladarse de ella cuando lo desee, de acuerdo con la reglamentación que ha expedido el Gobierno Nacional.
5. Derecho a recibir el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.).- Toda persona afiliada a una empresa prestadora de salud tiene derecho a recibir los beneficios mínimos del plan obligatorio de salud que consiste en un programa básico e integral donde no pueden incluirse las preexistencias y las exenciones.
6. Derecho a la Atención de Urgencias-Toda persona tiene derecho a ser atendida de manera inmediata en caso de urgencia en cualquier entidad prestadora de servicios de salud (privadas y Públicas) del territorio nacional. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Derecho a la Atención en caso de Enfermedad.- En caso de enfermedad toda persona tiene derecho a exigir atención oportuna, adecuada, suficiente e integral de salud; así

mismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) y las empresas promotoras de salud (E.P.S.), están obligadas a suministrarla en los términos anteriores, de conformidad a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

8. Derecho a Expresar su Consentimiento.- Toda persona tiene derecho a manifestar su consentimiento expreso ante conductas médicas, para lo cual los profesionales en salud que lo estén tratando están en la obligación de solicitarlo, informando previamente y de manera detallada a su paciente, el tipo de procedimientos, los beneficios, riesgos, costos y demás aspectos relacionados.

9. Derecho a que sus familiares o apoderados decidan por usted.- Toda persona tiene derecho a que en caso de encontrarse en urgencia médica o en estado de coma, pérdida de sus facultades mentales, se solicite consentimiento expreso a sus familiares o apoderados, en los términos del numeral anterior.

10. Derecho a la Calidad de Vida- Todo individuo residente en Colombia tiene derecho a disfrutar de calidad de vida, por lo tanto, el tratamiento deberá garantizar óptimas condiciones de medios tendientes a lograrlo.

11. Derecho a un Ambiente Sano.- Siendo la salud entre otras consideraciones, la resultante del medio donde se vive, toda persona tiene derecho a un ambiente sano.

12. Derecho a Servicios de Saneamiento Ambiental Básico.- Toda persona tiene derecho a recibir los servicios de agua potable, alcantarillado, control: de vectores, la calidad de alimentos, medicinas, insumos para la salud, etc.

13. Derecho a la Cobertura familiar.- Todo el grupo de personas que conforman la familia del afiliado a la seguridad social tienen derecho a recibir los mismos servicios de salud.

14. Derecho de los pobres y grupos vulnerables a la salud.- Los enfermos pobres, indigentes, menores, campesinos, desmovilizados por la violencia, ancianos, discapacitados, trabajadores informales, las mujeres en estado de embarazo y las que se encuentren en post-parto, tienen derecho a recibir gratuitamente atención en salud, a través de su afiliación al régimen subsidiado de la segundad social, o en su condición de vinculados al Sistema.

15. Derecho a no ser negada la afiliación a la Seguridad Social.- Toda persona residente en Colombia tiene derecho a afiliarse al régimen de seguridad social en salud de acuerdo a su capacidad de pago, sin que les pueda ser negada la afiliación ante la E.P .S., Empresa Solidaria u otras, que libremente seleccione.

16. Derecho a elegir a los profesionales de la salud.- Los residentes en Colombia tienen derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del País.

17. Derecho a comunicación permanente con quienes estén a cargo de su salud.- Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico y

demás profesionales de la salud que los traten, las cuales serán apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.

18. Derecho a recibir trato digno y justo.- Toda persona tiene derecho a recibir un trato digno, por parte de los profesionales de la salud que lo tengan a su cuidado, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

19. Derecho a la confidencialidad.- Toda persona tiene derecho a que todos los informes sobre la condición de su salud haga parte de la historia clínica y sean tratados de manera confidencial o secreta, solamente por quienes lo tienen a cargo. Que solo con su autorización expresa, puedan ser conocidos por terceros, excepto en los casos que disponga la Ley.

20. Derecho a recibir el mejor tratamiento médico. - Toda persona tiene derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

21. Derecho a credo religioso.- Todo enfermo tiene derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profese.

22. Derecho a participar o rehusar en investigaciones médicas.- Todo enfermo tiene derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones médicas realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

23. Derecho a aceptar o rehusar ser clonante de órganos.- Toda persona tiene derecho a que se le respete la voluntad expresa de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que éstos sean trasplantados a otros enfermos.

24. Derecho a morir dignamente.- Todo enfermo tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural, en la fase terminal de su enfermedad.

25. Derecho a la autonomía.- Todo enfermo tiene derecho a que ninguna tercera persona intervenga en decisiones sobre su salud, con excepción de las situaciones previstas en las leyes y la jurisprudencia al respecto.

26. Derecho de las personas con VIH/SIDA.- Toda persona afectada por el VIH/SIDA, tiene derecho a los derechos anteriormente mencionados, además de los de protección integral, en lo laboral, social y a la igualdad, en los términos del Decreto 559 de 1991.

27. Derecho a la autonomía frente a determinaciones médicas.- Toda persona tiene derecho a decidir si quiere o no recibir el tratamiento dispuesto por los médicos que lo tienen a su cuidado.

28. Derecho a la participación social.- Todo habitante en Colombia tiene derecho a la participación social, comunitaria y ciudadana en la organización y prestación de servicios de salud: en la toma de decisiones de manera que respondan al principio de la equidad, solidaridad y universalidad; a hacer parte del diseño y ejecución de los planes de salud conforme al reconocimiento de sus derechos; de otro lado, permitir la participación en todas las instancias de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras. De igual manera se exige la concurrencia ciudadana en la composición de las juntas directivas de las instituciones prestadoras de salud. También se establece la representación en los consejos territoriales de seguridad social en salud.

Este postulado estimula la participación de los usuarios en la organización y "control" de las instituciones de salud, a través de mecanismos como: comités de participación comunitaria (Copacos), "comités de ética hospitalaria". Alianzas de usuarios y veedurías ciudadanas. Estas son otra forma de participación por medio de las cuales la ciudadanía puede ejercer un control directo del desarrollo en la prestación del servicio en salud y de sus resultados.

29. Derecho de los ciudadanos a asociarse para crear las empresas solidarias de salud.- Es una de las maneras como el Estado permite que funciones antes privativas de su acción las presten los particulares, actitud propia de los procesos de autogestión.

30. Derechos adquiridos en salud.- Para las personas que se encontraban afiliadas a la seguridad social a la fecha de la entrada en vigencia de la Ley de Seguridad Social (23 de diciembre de 1993), se mantendrá la totalidad de los servicios de salud que venían recibiendo hasta entonces.

31. Derecho especial para los trabajadores.- Todo trabajador ante accidente de trabajo o enfermedad profesional, tiene derecho a recibir atención plena en salud; así mismo, a que se le reconozca y pague en dinero los perjuicios causados (A.T.E.P.).

En el sistema de seguridad social en salud se contempla, como es debido en el Estado Social de Derecho, la protección especial de ciertos sectores vulnerables de la población tales como: la mujer cabeza de familia, los menores, los ancianos, los discapacitados, los pobres, los campesinos y los desmovilizados por la violencia.

Una adecuada coordinación entre estas acciones y la promoción de los servicios de salud pueden ser los mecanismos más útiles para dar a conocer a la ciudadanía colombiana cómo hacer respetar sus derechos y cumplir los deberes en salud, y su relación con la calidad de vida.

Una verdadera seguridad social no sólo debe limitarse a la salud de la población y a la atención de la tercera edad a través de las pensiones sino también deberá asumir la adecuada solución de otra serie de necesidades básicas tales como la vivienda, la educación, la recreación, el medio ambiente sano, el agua potable, el subsidio al desempleo y en general todo aquello sin lo cual el ser humano no puede obtener un desarrollo digno conforme a su condición de persona. Esto implica la denominación de seguridad social

integral dada por el legislador en el momento de expedir las normas relacionadas con el tema.

### **Principios rectores.**

El modelo de seguridad social propuesto por la Ley 100 de 1993 se presenta como una solución alternativa a la falta de cobertura, eficiencia y calidad del sistema de salud colombiano. Al hacer un recuento de los principios de la Ley 100 se descubren elementos fundamentales del Estado Social de Derecho, tales como:

La universalidad: la cual, apunta a solucionar el problema de la cobertura.

La obligatoriedad: en dar y recibir la atención en salud establecida en el sistema de seguridad social en salud.

La Complementariedad: La participación de las distintas empresas promotoras de salud permite que cada una de ellas pueda especializarse en ciertos y determinados grupos sociales, adaptándose así a la situación socio económica particular.

La Subsidiaridad: con la creación del régimen subsidiado y la participación de distintos sujetos sociales que presten el servicio de salud, permitiendo el ensanchamiento de la capacidad operativa del sistema.

La afiliación obligatoria: que es la obligación de todas las personas a afiliarse a un sistema de seguridad social en salud, incluyendo los asalariados, los contratistas y los trabajadores independientes, atraídos por estímulos complementarios podrá conseguir efectos multiplicadores en la cobertura.

La descentralización y operativización con la participación del sector privado: que termina con el monopolio del sistema de aseguramiento abre las compuertas de la participación empresarial. De igual forma la descentralización territorial contempla el manejo única y exclusivamente por los departamentos y municipios del Fondo de Solidaridad y Garantía. Este fondo no puede ejecutar sus recursos para subsidios sino dentro de convenios con los fondos locales seccionales de salud.

Distributivo: lo cual distingue el modelo colombiano de tal manera que los diferentes afiliados (contributivos, vinculados y subsidiados) aportan directamente o por medio del Estado, una porción igual en cotización al sistema de seguridad social en salud y reciben el mismo plan obligatorio de salud (P.O.S.).

La solidaridad: El régimen contributivo aporta un punto de su cotización al sistema subsidiado adicionando esos recursos a otros procedentes del presupuesto Nacional. Este esquema permite los subsidios cruzados generadores de solidaridad, de modo que los contribuyentes con mayores recursos subsidien el servicio a la población económicamente desfavorecida.

Las no preexistencias: en el plan obligatorio de salud que impiden las limitaciones propias de los servicios privados de medicinas prepagadas en materia de preexistencias y exclusiones.

El principio de la unidad: persigue unificar el régimen de obligaciones y beneficios y diversificar las entidades operadoras del sistema. Lo cual se traduce en armónica coordinación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

La eficiencia: como la mejor forma de utilizar los recursos sociales, económicos, administrativos, técnicos y financieros disponibles para que el derecho a la seguridad social sea prestado en forma adecuada, oportuna y suficiente.

La calidad: tanto en la forma como en la efectividad. La primera (la calidad formal) considera la oportunidad en la atención el reducir -cuando no, eliminar- los tiempos de espera, y mejorar las condiciones logísticas y operativas en la atención.

Atención integral: comprende la cobertura integral de los riesgos, la claridad de los diagnósticos y los resultados de los tratamientos efectuados, teniendo en cuenta entre otros la esperanza de vida que generen.

La autonomía y eficacia de las instituciones: es otro de los principios que promueve la independencia financiera y administrativa de las entidades prestadoras del servicio para permitir el manejo gerencial de los organismos de salud.

Constituyen conductas que atentan contra estos derechos las siguientes.

Entre otras, la vulneración de sus derechos a la salud se puede presentar de la siguiente manera:

1. La negativa a prestar el servicio público y esencial de la salud a quien lo requiera, en alguna de sus siguientes modalidades:

Promoción, y Fomento,

Prevención y Control,

Diagnóstico,

Tratamiento y Recuperación,

Rehabilitación,

Salud Ocupacional.

2. Atención suficiente en caso de enfermedad.

3. La atención de salud suministrada (Art. 153, Ley 100 de 1993), además compromete principios rectores de la seguridad social, tales como la: Igualdad (discriminación).

Obligatoriedad,

Protección Integral,

Libre escogencia,

Referencia y Contrareferencia,

Calidad.

4. Afectación de la salud, por contaminación ambiental.

5. Inadecuada e irregular prestación de los servicios de saneamiento ambiental básico.

6. Irregularidades en la atención en salud que generan daños en la integridad personal o la muerte del afectado.

7. La falta de atención a la persona en estado de urgencia.

8. La demora en la prestación del servicio.

9. La negativa a recibir su afiliación.

10. La no atención a los menores de un (1) año.

11. La obstaculización al ejercicio de la participación comunitaria.

12. La negativa de información.

13. La exigencia de pagos indebidos.

14. El desvío de los recursos económicos destinados a la atención de las personas subsidiadas.

15. La alteración de los censos poblacionales para la asignación de los subsidios o su uso clientelista.

16. El desconocimiento de los derechos adquiridos en salud.

17. El trato deshumanizado, indolente y descomedido.

Corresponde a la Defensorio del Pueblo hacer cumplir la integridad de las normas que regulan los derechos en salud en Colombia, para que sus beneficios realmente se hagan

extensivos a la población más necesitada. En ejercicio de estas facultades se pueden destacar las siguientes acciones:

1. La transición del anterior deficiente e inadecuado sistema de salud al hoy diseñado a la luz de la nueva Constitución requiere en primer lugar de un apoyo institucional de orientación y asesoría que le permitan a los usuarios del sistema de seguridad social conocer en debida forma las garantías y compromisos de las entidades prestadoras del servicio.
2. La capacitación de los usuarios en los distintos servicios, en el plan obligatorio de salud (P.O.S.), en los requisitos que debe cumplir la entidad para convertirse en prestadora del servicio de salud, en los procesos de afiliación y cobertura familiar así como en los mecanismos de participación comunitaria etc., constituye el mejor apoyo para ampliar el control sobre la calidad y eficiencia del sistema de salud.
3. Cuando se estime necesario, las acciones de control ante la vulneración de los derechos a la salud o a la seguridad social se practicará en forma directa y permanente, denunciándolas públicamente y ante las demás instancias competentes de inspección, vigilancia y control. Lo anterior, no sólo en los casos de las quejas presentadas sino con visitas selectivas a las diferentes instituciones prestadoras de esos servicios; en su defecto, la Defensorio del Pueblo requerirá a los organismos de control propios del sistema de seguridad social en salud (Direcciones de Salud.

Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio del ramo), para que investiguen e impongan las sanciones del caso, vigilando la gestión que cumplan y los resultados de la misma.

4. Como complemento, se hará divulgación de las sanciones que se impongan y que busquen castigar ejemplarmente los abusos, el maltrato y la indiferencia ante el dolor e indefensión de quien padece un quebranto de salud.

### **5.1. MECANISMOS DE DEFENSA DE LOS DERECHOS A LA SALUD.**

Están formulados en la Constitución Nacional, tales acciones son: las administrativas que se adelantan directamente por el interesado o de parte, ante el presunto agente amenazante o vulnerante de determinado derecho; la tutela; las de cumplimiento; también están las del orden judicial ante el contencioso administrativo, las humanitarias, las de inconstitucionalidad, de inexequebilidad, nulidad, populares, colectivas, las públicas y las judiciales específicas de cada uno de los campos.

La Constitución Nacional , la Ley 24 de 1992 y sus reglamentaciones le proporcionan a la Defensorio del Pueblo las facultades para entrar a conocer y actuar velando por el ejercicio de los derechos a la salud y de seguridad social, así como en su promoción y divulgación, acompañados de los instrumentos de acción inmediata en procura del ejercicio eficaz de estos derechos cuando se encuentren comprometidos, como son: las acciones de mediación, recomendación, tutela, acción de cumplimiento, y acciones populares; las cuales nos posibilitan a ofrecer resultados inmediatos en favor de las personas que nos requieran con



esos fines. De la misma manera, de las anómalas circunstancias sobre los derechos a la salud, las asumimos de manera oficiosa en lo individual como en lo colectivo.

## **6. NORMATIVIDAD SERVICIO URGENCIAS.**

Dentro de la normatividad vigente sobre urgencias, se tiene como antecedente la Ley 10 de 1990, que determina que “todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios”.

La norma marco de las urgencias es el decreto 412 de 1992 del Ministerio de Salud (anterior a la Ley 100/93), que “reglamenta parcialmente los servicios de urgencias”, aplicado a todas las entidades prestatarias de servicios de salud, públicas y privadas, y trata de la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad; si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste ingrese a la entidad receptora. Además, establece algunas definiciones que luego serán refinadas en el MAPIPOS; es allí que se define la Atención Inicial de Urgencia, como las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato. Igualmente se define al servicio de urgencia como Unidad de atención de urgencias, y a la red de urgencias como un conjunto articulado de unidades de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, todo ello muy coherente con el modelo de atención del antiguo Sistema Nacional de Salud -SNS-. La Ley 100 de 1993, que instituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, en su artículo 159 garantiza a los afiliados al Sistema la atención de urgencias en todo el territorio nacional y ordena que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. Se dispone también que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- públicas y privadas, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago, sin requerirse contrato ni orden previa.

La resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, el célebre MAPIPOS, establece entre sus definiciones que urgencia “es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

Establece el MAPIPOS que las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras (el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo de Seguridad Social, que subrogó el Acuerdo 30 de 1996, establece también que la atención inicial de

urgencias está exonerada de copagos). Además aclara cuáles son las actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias: Evaluación y atención médica, sutura, observación hasta por 24 horas, hidratación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera, además de otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería e interconsulta especializada, así como la movilización del paciente en ambulancia cuando lo requiera.

En modificación hecha por resolución 2816 de 1998, se establece que cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de la EPS, aquella informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente o con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones; esto no siempre ha resultado viable para los prestadores, ya que esta información depende de que al paciente se le pueda identificar efectivamente y ello no siempre es posible, ora por su condición, ora porque maliciosamente el usuario oculte su afiliación para evitar ser remitido a la red propia de su EPS.

Según el MAPIPOS, las EPS deben reconocer los gastos por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS y la solicitud de reembolso deberá hacerse en los 15 días siguientes al alta del paciente y será pagada por la EPS en los 30 días siguientes a su presentación. Según resolución 2839 de 1994 del Ministerio de Salud, la IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas, si las hay, o con las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-.

Resulta por ello que tanto aseguradores como prestadores se enfrentan a la disyuntiva de atender usuarios que, por falta de educación acerca de sus deberes o por la dificultad de acceso al Plan Obligatorio de Salud -POS-, acuden a los servicios de urgencias sin que esté en peligro la vida y la función, congestionándose y retrasando la atención de casos más graves. En la realidad esto ha sido manejado por las EPS por medio de una figura que nunca ha sido reglamentada: La Atención Prioritaria, que consiste en crear espacios aparte para atender los pacientes que presentan situaciones que, sin ser urgencia vital, requieren de valoración médica y dan más espera. De hecho, el MAPIPOS también trata acerca de la consulta odontológica de urgencias para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos, pero esto tiende a considerarse actualmente un asunto de atención prioritaria, a lo sumo.

El compendio marco sobre urgencias más vigente es la circular externa 014 de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud sobre atención de urgencias, basado en la normatividad enunciada en los párrafos anteriores y contemplando los temas ya tratados.

Plantea también la circular 14 que la atención inicial de urgencias no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior ni afiliación previa, y que es el médico quien define esta condición; cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia, deberá pagar el valor total de la atención, aunque nunca se explica cómo hacer efectivo el cobro, si no se puede establecer garantía.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el

paciente hasta el momento en que lo dé de alta, o si éste ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. La entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta lograr la estabilización del paciente en sus signos vitales. En caso de que el paciente se niegue a recibir la atención que le ofrece la institución, ésta queda exonerada de la responsabilidad.

La IPS debe informar -a la respectiva Entidad Administradora de Planes de Beneficios EAPB- (EPS de ambos regímenes), o en los casos de pacientes no asegurados a la Dirección Territorial de Salud, el ingreso de su afiliado dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la solicitud del servicio so pena del no pago respectivo, a menos que por fuerza mayor no se pueda dar aviso. El trámite del pago se hará conforme lo establezcan los respectivos contratos o convenios, y en su defecto por el trámite establecido para el SOAT. Para quienes no aplique el SGSSS (regímenes especiales o de excepción), el pago de servicios se hará con las tarifas de la IPS, excepto cuando se trate de urgencias causadas por accidente de tránsito o eventos catastróficos, en cuyo caso rigen las tarifas SOAT. La responsabilidad de aplicar los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes en todos los niveles de atención en salud recae en los Departamentos (Red Departamental de Urgencias), distritos y municipios a través de las respectivas Direcciones de Salud, según manda el decreto 2759 de 1991. A modo de paréntesis, se entiende por Centro Regulador de Urgencias y Emergencias -CRUE- (hay actualmente 22 en Colombia), como el nodo integrador de los servicios de urgencias de un departamento; su papel fundamental consiste en canalizarlas a través de un sistema de comunicaciones al que tienen acceso la comunidad y las instituciones, con el objetivo de articular las instituciones de salud mediante la atención prehospitalaria, hospitalaria y el sistema de referencia y contrarreferencia de la red de servicios, para la ubicación del paciente en el nivel de salud correspondiente y disponible.

El decreto 806 de 1998 se reafirma en varios conceptos, además de aclarar que para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el proceso de remisión, exceptuando las atenciones de urgencia y pediatría. Y que es de atención inmediata la atención inicial de urgencia. Se establece también que cuando el usuario lleve 5 años o más de afiliación continua a una misma EPS, tiene derecho a un período de protección laboral de 3 meses contados a partir de la fecha de su desafiliación, en que le serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o derivadas de una urgencia.

Varias fuentes de derecho (decreto 047 de 2000, decreto 783 de 2000, Ley 715 de 2001) vuelven a la carga en que no se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias, y, bueno, todo lo demás.

El decreto 783 de 2000 que modifica el decreto 047 de 2000 en concordancia con lo establecido en el decreto 1406 de 1999, establece que durante los primeros 30 días a partir de la afiliación del trabajador dependiente, se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias. Los trabajadores independientes y sus beneficiarios, en cambio, tienen derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a todos los beneficios del POS. Y nuevamente se

entiende que en ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias, atribuyendo eso sí a las EPS, el sagrado deber de velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados así como garantizar el pago ágil y oportuno a la IPS a la cual ingresó el afiliado y expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes.

La Ley 715 de 2001, de carácter orgánico, o sea de mucha más fuerza normativa, dicta que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas sin contrato ni orden previa, aclarando eso sí que el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador, y que en consecuencia, la atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los 3 meses siguientes a la radicación de la factura de cobro. La circular 137 de 2002 explica esta disposición de manera detallada y aclara que dichos valores deberán clasificarse como cuentas por pagar en mora en ciertas edades señaladas, fijando graves sanciones para quien incurra en esta mora. Pero se aclara que en ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las IPS por parte de la EAPB con fecha anterior a la establecida en la autorización. Ahora bien, la jurisprudencia sobre urgencias también ha aclarado que la demostración de la conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida no exige probar que se trata de una urgencia vital. En este sentido, por ejemplo, se tiene que “la afectación del derecho a la vida no puede ser entendida sólo cuando la persona está al borde de la muerte, es decir, no hay lugar al amparo únicamente cuando quien busca la protección está a punto de morir, sino que el concepto es más amplio, se extiende hasta el punto de garantizar una existencia en condiciones dignas” (Sentencia T-790 de 2003).

El decreto 3260 de 2004 sobre “medidas para optimizar el flujo de recursos en el SGSSS”, establece que para el pago de los servicios prestados por atención inicial de urgencias, que conforme a la ley no requieren contrato ni orden previa, se aplican las reglas para el pago en los contratos en modalidades diferentes a la capitación.

La circular externa 010 de 2006 del Ministerio de la Protección Social brinda “Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes” y establece la obligatoriedad de la aplicación de triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) por personal idóneo de salud (médico), a la vez que reiteran, otra vez, las pautas dadas por la norma, amenazando con la imposición de las sanciones previstas.

Finalmente, la Ley 1122 de 2007 en su artículo 20 vuelve sobre el hecho de que se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales (en el caso de los “vinculados”) no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. La novedad es que el incumplimiento de esta disposición, lo sanciona la Supersalud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 SMMLV por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

En particular, en lo relacionado con el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios, aplica la temible función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, que le permite conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez.

La responsabilidad del personal que trabaja en el área prehospitalaria – médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería – no resulta diferente de la que puede llegar a tener un profesional de las mismas características que labore en otro campo. Lo anterior significa que las labores, se encuentran reguladas por las mismas normas que cobijan a dichos profesionales. Sin embargo, existen unas normas que pueden resultar de especial interés por su aplicación directa en el área prehospitalaria. Entre ellas se tiene:

Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991, por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. Dentro de este decreto se resaltan algunos aspectos:

Artículo 5o. De la remisión en caso de urgencias. Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

PARAGRAFO. Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias remitirán al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

Artículo 6o. De la responsabilidad de la institución referente. La institución referente, será responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

Decreto 412 de 1992. Por el cual se reglamentan los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. Artículo segundo. Todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud, están obligadas a prestar atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes.

Decreto 1761 de 1990. Por el cual se reglamenta el servicio de urgencias. Normas de referencia y contrarreferencia. Secretaría Distrital de Seguridad Social en Salud de Santa fe de Bogotá. Diciembre de 1998. Resolución 9279 de 1993. Por la cual se adopta el manual de normatización del competente traslado para la red nacional de urgencias y se dictan otras disposiciones.

Artículo segundo. Del recurso humano. El personal que forme parte del equipo medico asistencial, así como el auxiliar, (auxiliar de enfermería, radiocomunicador y conductor) deben tener la capacidad necesaria para que el servicio que se preste sea oportuno e idóneo y cumplir con los requisitos y funciones mínimas establecidos en el decreto 1335 de 1990.

El personal de salud que labore en las entidades privadas, deberá acreditar los títulos correspondientes exigidos para el desempeño de los respectivos cargos, y dar cumplimiento al manual de funciones adoptado por la institución prestadora del servicio de ambulancias.

Parte 67. Recurso humano de las ambulancias de traslado: conductor y auxiliar de enfermería. Los conductores deben tener capacitación en primeros auxilios en entidades de socorro educativas públicas o privadas aprobadas por el gobierno en esta área y un curso de soporte básico de vida con una intensidad mínima de 40 horas.

Parte 72. Recurso humano de las ambulancias asistenciales básicas: conductor y auxiliar de enfermería o de ambulancias o licenciada en enfermería.

Parte 77. Recurso humano de las ambulancias asistenciales medicalizadas. Conductor, enfermera jefe o auxiliar de enfermería y medico los cuales deberán acreditar entrenamiento mínimo de 200 horas teórico prácticas para el manejo de paciente crítico en ambulancia, en institución pública o privada aprobada por el gobierno. Así mismo a nivel internacional, existen una serie de declaraciones, relacionadas con la APH. A continuación se presenta el texto integro de varios documentos importantes que deben ser considerados por los planeadores de la atención prehospitalaria en Latinoamérica:

**Declaración de Buenos Aires sobre los números únicos de emergencias médicas.** En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, capital de la República Argentina, a los veintinueve días del mes de agosto de 2003, los abajo firmantes, especialistas de América y de Europa, participantes en la III Reunión de la Asociación Internacional de Sistemas de Atención Médica de Urgencias y Emergencias coinciden, en el espíritu emanado de la Declaración de Jalisco sobre Sistemas Integrados de Emergencias Médicas (2000) y dentro del marco de la Declaración de Lisboa sobre Ética en las Urgencias Médicas (1989), en:

1. Apoyar enérgicamente la organización de sistemas públicos integrales de atención de las urgencias y emergencias médicas en el marco del fortalecimiento de los Sistemas Públicos Nacionales de Salud, que den respuestas universales, integrales y equitativas a las necesidades de las poblaciones de nuestros países;
2. Exhortar a los gobiernos para que adopten y mantengan números telefónicos únicos abreviados nacionales, exclusivos para urgencias médicas, de acceso gratuito y que por razones de ordenética, de secreto profesional y de respeto a los derechos humanos, deberán ser independientes de otros organismos del aparato de seguridad y de la protección civil;
3. Exhortar a los otros Centros de Emergencias No Sanitarias a garantizar la transferencia inmediata de las llamadas con contenido sanitario para la debida Regulación Médica de las mismas;
4. Estimular una agenda política que conlleve a la creación futura de un número continental americano, único y exclusivo, de referencia para las urgencias médicas. Firman al pie los representantes de los siguientes Sistemas Públicos de Atención Médica de Emergencias

**Declaración de Lisboa sobre la ética de las urgencias médicas (1989)** Los Sistemas de Atención Médica de Urgencia en Europa deben obedecer los Principios Fundamentales de los Derechos del Hombre, debiendo:

1. respetar absolutamente la autonomía de los seres humanos,
2. Ofrecer el máximo beneficio para la Salud
3. Producir el menor perjuicio posible
4. Distribuir los cuidados provenientes de la comunidad de forma justa. El médico debe poder tomar sus decisiones en total libertad para poder aplicar estos cuatro principios éticos

**Primer principio:** respetar absolutamente la autonomía de los seres humanos, es decir: aumentar la autonomía del paciente respetando su libertad aún en la urgencia

La atención brindada por los médicos debe aportar la mayor autonomía posible, no sólo desde el punto de vista físico sino también desde el psíquico y el social. Todo ciudadano, aun enfermo, tiene derecho al respeto a su autonomía en cuanto a la libertad de elección de su tratamiento, aún cuando él sea más vulnerable en caso de una urgencia médica.

El personal de los Servicios de Urgencia debe respetar este derecho fundamental del paciente y aceptar su posible rechazo de la atención, aunque ellos mismos la consideren indispensable. No obstante la libertad de elección del paciente en cuanto a su médico tratante resulta casi siempre imposible en caso de urgencia y particularmente en el área de los Cuidados Intensivos. El derecho a la confidencialidad es igualmente una resultante de esta misma libertad. Para ello los Servicios Médicos de Urgencia no deben permitir que las informaciones acerca de la salud y la vida privada sean difundidas bajo el pretexto de la urgencia.

**Segundo principio:** ofrecer el máximo beneficio para la salud, es decir: la mejor calidad de atención. la atención de urgencia debe tener calidad profesional

El paciente debe recibir el mayor beneficio posible por vía de la mejor calidad de atención con el menor costo posible aún en casos de urgencia. Por principio, cada Estado debe garantizar la seguridad de los ciudadanos, lo que implica que debe instalar un Sistema de Atención Médica adecuado. La Salud Pública y los Profesionales de la Salud deben organizarse para asegurar una real calidad de la atención de urgencia con la participación de los Servicios Hospitalarios, Centros de Regulación Médica de los SAMU, Servicios Móviles de Cuidados Intensivos (SMUR) y Unidades de Cuidado Intensivo que aseguren la permanencia de la atención necesaria y suficiente 24h/24.

**Tercer principio:** producir la menor cantidad posible de efectos negativos impuestos por la urgencia

Las demoras en los diagnósticos y tratamientos, factores de agravamiento en las patologías sobreagudas y emergencias con riesgo de vida, imponen a los Servicios de Salud y a los



médicos una organización que evite los efectos nocivos de las demoras. Los tratamientos de urgencia son más riesgosos que la atención « normal », dependiendo particularmente de una decisión personal, pero con la desventaja de la falta de recursos y de tiempo.

Los médicos y las autoridades sanitarias así como toda la organización asistencial deben preocuparse de restringir al máximo esta decisión personal inherente a la atención de urgencia. Existe de igual modo el riesgo de que la decisión social de la comunidad sea la de utilizar los Servicios de Urgencia de una manera creciente, dado que salvo catástrofe o epidemia las necesidades de atención médica de urgencia son estables. El tercer principio de no provocar en lo posible efectos negativos al paciente impone rechazar la atención en las precarias condiciones de la urgencia de pacientes en los que su estado no necesita de atención de urgencia y orientarlos hacia los procedimientos y las estructuras de cuidados « normales » en tanto sea posible.

**Cuarto principio:** distribuir la atención de la comunidad con criterios de justicia, asistiendo con equidad a todos aquellos que lo necesiten

La Igualdad de los Derechos de los Ciudadanos exige que se haga beneficiario de la atención de urgencia al máximo posible de pacientes que tengan necesidad de ella, y esto con el máximo de su calidad. Por motivos de Justicia y de Equidad en la asignación de los recursos de la comunidad, los médicos son responsables en el marco de sus funciones en los Servicios de Urgencia de la regulación económica de estos recursos de la Salud dados su escasez y su alto costo. Los profesionales encargados de esta regulación deben establecer prioridades, no pudiendo seguir el principio habitual de « primero que llega, primero que se atiende ». Por el contrario, en un Servicio de Urgencia, y particularmente en caso de afluencia numerosa de pacientes, deberán establecer con justicia las atenciones prioritarias. Si no existen otros criterios técnicos deben tratar en primer lugar las patologías que más rápidamente se agraven o aquellas en las que la rápida atención puede estabilizar o curar con el menor costo en tiempo y en recursos posible. El médico debe mantener su libertad en estas decisiones de atención para poder seguir siendo justo y equitativo

**Acuerdo de santiago de Compostela** Santiago de Compostela, Galicia, España, viernes 8 de octubre de 1999

En el marco de la Jornada Internacional de Urgencias y Emergencias los abajo firmantes del presente acuerdo de intención, se reúnen para generar el desarrollo de una Asociación Internacional que englobe a profesionales de la Salud Pública de los distintos sistemas que brindan la Atención Médica de Urgencias y Emergencias en la etapa extrahospitalaria Son los objetivos fundacionales :

1. Favorecer la comunicación entre los distintos sistemas a nivel internacional,
2. Impulsar y colaborar en el establecimiento y desarrollo de nuevos sistemas similares en el mundo,
3. Establecer las pautas más comunes de funcionamiento operativo,

4. Propender a modelos de capacitación, para aquellos protocolos de aceptación y utilización más comunes,

5. Establecer convenios de colaboración, asesoría y apoyo en la materia. Este grupo técnico fundacional se compromete a formalizar la futura Asociación Internacional de Sistemas Públicos de Atención Médica de Urgencias y Emergencias en un plazo no mayor de un año, adoptando las siglas AISAMUE en español y IEMSA (International Emergency Medical Systems Association) en inglés.

Con la normatividad anexa, respecto al cobro de la atención inicial de urgencias que a posteriori puede no resultar serlo. La única forma de determinar si se trata de un caso de urgencia o no, es con una evaluación y consulta médica, puesto que quien define esta condición es el médico según la resolución 5261 de 1994 artículo 10. Hay que recordar que el concepto de urgencia es de tipo técnico, si vemos la siguiente definición “Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir riesgos de invalidez y muerte. (Decreto 412 de 1992)”. Para el paciente en cambio la urgencia tiene todo el rango de subjetividad, y para el puede ser urgencia cualquier novedad en su salud que por su desconocimiento no puede saber si es o no una amenaza seria para su vida o causarle una limitación grave. Como lo define el decreto 1761 de 1990 en su artículo 1

**DEFINICION:** Para los efectos de este Decreto, se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.

Por tanto si una persona considera que se encuentra en una condición de urgencia médica y asiste por ello a una IPS, esta se encuentra en la obligación de prestarle el servicio inicial de urgencia según el decreto 1761 de 1990 art. 3 y su párrafo 1. Ahora, puesto que La evaluación y atención médica es una actividad del servicio de urgencias tal como lo reconoce la resolución 5261 de 1994 en su artículo 47, por tanto también implica un servicio organizado, calificado y dotado de la infraestructura necesaria por parte de la IPS como lo exige el decreto 412 de 1992, que genera una responsabilidad con el paciente.

Resolución 412 de 1992 art. 4. La atención inicial de urgencias que consiste entonces en la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona (ver art. 10 del decreto 47 de 2000), es un servicio cuyo costo debe ser asumido por las entidades administradoras de salud, incluyendo claro está las ARS, como lo manda el decreto 806 de 1998, en su artículo 16. Las tarifas correspondientes a estos servicios se rigen de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2423 de 1996.

En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días después de la afiliación se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, consistentes en: La realización de

un diagnóstico de impresión; La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil. Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

Actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias, se definen la siguiente resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 (Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del POS en el SGSS. Art. 47)

Evaluación y atención médica

Atención médica que requiera sutura

Atención médica con cuidado en observación hasta por 24 horas

Atención médica con cuidado en hidratación

Atención, estabilización y remisión del paciente que lo requiera

Actividades y procedimientos médicos y de enfermería

Consulta especializada. Servicios correspondientes a la consulta médica con cuidado de observación e hidratación, permanencia, cuidado médico y de enfermería, servicios públicos y de aseo. Cuando la permanencia supere las 24 horas, se considerará como una estancia, sobre la base de la habitación compartida. Para suturas y curaciones incluyen: uso de consultorio o sala, instrumental, material de curación y servicio de enfermería.

El término emergencia en Colombia tiene dos tipos de acepciones según el enfoque. Uno es para la atención de desastres donde emergencia significa que se ha presentado una situación de urgencia que supera los recursos de atención disponibles para la atención. Ejemplo terremoto de Armenia. En clínica se usa el término de emergencia, para definir la urgencia extrema, es decir aquel paciente que necesita la atención inmediata. (ejemplo un taponamiento cardiaco por herida en corazón). Sirve para diferenciar de urgencias medias que puede diferirse por unos minutos o horas (máximo 2 horas). Ejemplo una peritonitis con signos sépticos. Y finalmente urgencias diferibles varias horas, como por ejemplo una

apendicitis, o la reducción de una fractura con pacientes estables. No hay normas que hagan esta clasificación, son conceptos manejados habitualmente en los servicios de urgencias. Como definición entonces a nivel clínico es: “emergencia es la urgencia extrema que exige atención inmediata”.

Recordar que el significado de urgencia es “se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.” (Decreto 1761 de 1990).

La responsabilidad del manejo del paciente se traslada al especialista o institución a la que se remite el paciente, si esta no coincide con lo que ella esperaba. Si considera que la institución o especialista que recibe el paciente, realiza reiteradamente manejos considerados inadecuados para el caso, puede solicitar si es una institución al subdirector científico por ejemplo se le de respuesta formal del porque se toman estas conductas.

Se debe tener en cuenta que hay un orden en el sistema de referencia y contrarreferencia. Si se esta con un paciente en el nivel I y considerando que requiere una atención por especialista, este recurso lo puede encontrar en el nivel II. Si es una urgencia lo hacen en general mediante el sistema de regulación, en el cual se traslada el paciente solo hasta cuando se le ubica la entidad adecuada para la situación. Si se envía sin este requisito se corre el riesgo de que sea devuelto y se llame la atención al médico remitente.

**Las obligaciones que tienen los centros hospitalarios.** De acuerdo con la ley, los centros hospitalarios están obligados a: La aplicación de triage (clasificación de la prioridad para atender urgencias) por personal idóneo, o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no la atención de urgencia en una Institución Prestadora de Salud.

La no exigencia de contrato o autorización previa para la atención inicial: en ningún caso la atención inicial de urgencias requiere contrato o autorización previa por parte de las EPS, ARS o Secretarías de Salud. En consecuencia las IPS están obligadas a prestar el servicio y las EPS, ARS o Secretarías de Salud a realizar el pago correspondiente.

La no exigencia de pago previo o copago para la atención inicial de urgencias

De conformidad con lo establecido en el decreto 806 de 1998, para la atención inicial de urgencias no puede exigirse el cumplimiento de períodos mínimos de cotización.

En caso de existir demandas favorables por estos casos de negligencia, pueden ir a la cárcel hasta por cuatro años, y se procesa a los directos responsables del hecho o a las directivas de la institución de salud, si el foco del problema radicó en una deficiencia estructural.

El llamado "paseo de la muerte" se presenta cuando un paciente que requiere ser atendido de manera urgente, es remitido de hospital a hospital, por falta de autorizaciones o otro tipo de documentos, sin que finalmente sean atendidos o se haga demasiado tarde. En este proceso muchas personas han perdido la vida.

Decreto 4747 del 7 de diciembre, mediante el cual se establecieron varias disposiciones que regulan las relaciones entre los prestadores y pagadores, con el objetivo de proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud

De acuerdo con la norma, la prohibición de poner a la gente a “dar vueltas” en busca de esas autorizaciones aplica tanto para los casos de atención de urgencias como para los demás servicios.

Para el primer caso establece que la identificación del usuario y de la entidad responsable del pago de los servicios de salud debe hacerse posterior a la selección y clasificación del paciente –el triage- y “no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias”.

De igual manera, en caso de que se necesite atención posterior a la atención inicial de urgencias y que ésta requiera autorización por parte de las EPS y demás entidades responsables del pago de los servicios de salud, el decreto aclara que este trámite “no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud”.

Las EPS y demás entidades responsables del pago tampoco podrán trasladar al paciente o su acudiente la respuesta a dichas autorizaciones; éstas deberán hacerse dentro de las 2 horas siguientes al recibo de la solicitud para los casos de atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias y dentro de las 6 horas siguientes cuando se trate de prestación de servicios adicionales. “Cuando no se obtenga respuesta dentro de estos términos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura”, precisa la norma expedida por el Gobierno Nacional.

Con el fin de garantizar la atención integral a todos los pacientes, el Decreto establece la obligatoriedad de que las EPS y demás responsables del pago garanticen la disponibilidad de los servicios a su cargo en todos los niveles de complejidad.

En tal sentido la norma contempla que en caso de que un paciente requiera una remisión a otro prestador “es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes”.

Por ejemplo, si la IPS a donde un paciente es remitido para hospitalización no cuenta con la disponibilidad de camas, la EPS o entidad responsable del pago está en la obligación de conseguir otra institución, ya sea del mismo nivel de complejidad o de uno superior que garantice la integralidad de los servicios requeridos.

De otra parte, en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo a los que el empleador haya descontado la cotización pero no la haya transferido a la EPS, bastará con que éstos presenten el comprobante del descuento para ser atendidos por las IPS. “Esto significa que se acaba la negación de servicios con el argumento de que el empleador no pagó a la EPS la correspondiente cotización”, dijo el Ministro de la Protección Social.

La norma también prohíbe a los Prestadores de Servicios de Salud (IPS de cualquier naturaleza, profesionales independientes y ambulancias) pedir a los usuarios copias, fotocopias o autenticaciones de documentos para que éstos puedan acceder a la atención médica.

Claridad entre pagadores y prestadores. En cuanto a la relación entre entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, el Decreto establece las condiciones para realizar la contratación, con el fin de garantizar calidad, integralidad y continuidad en la prestación de la atención a los usuarios. Entre estos están, por parte de los prestadores, tener habilitados los servicios que ofrecen, demostrar la capacidad instalada para atender la población y manejar indicadores de calidad.

Las EPS deben, entre otras cosas, difundir entre sus usuarios la lista de prestadores de servicios de salud, por tipo de servicios y nivel de complejidad. Para esto deben publicarlo anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia (si no hay periódico, debe fijarse en un lugar visible en la alcaldía, la entidad responsable del pago y en las principales IPS), en la página Web de la entidad o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año.

La norma también define los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, tales como pago por capitación, pago por evento y pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico; regula el trámite para las glosas de las facturas, el registro individual de prestación de salud y la responsabilidad en el recaudo de las cuotas moderadoras, entre otros aspectos.

## **Estructuración del tipo penal**

**A.- La conducta delictuosa.-** Conforme al artículo 134 A la conducta delictuosa consiste en “El que”, es decir, cualquier persona puede encuadrar en el tipo penal, siempre que omita, retarde, rehúse, o impida la prestación del servicio público esencial de salud otorgado por el estado, conociendo que el hecho es típicamente antijurídico y queriendo libremente su realización.

La negación o falta de atención en la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud, es un delito autónomo, que lo pueden cometer los funcionarios o empleados responsables de que el servicio público de seguridad social en salud sea prestado a los ciudadanos en forma real y efectiva en Colombia. Es en consecuencia un delito instantáneo, no requiere del resultado muerte como consecuencia de la omisión, o negación. El delito se consuma con la sola realización o el desarrollo de cualquiera de los cinco verbos rectores. La pena se agrava si como consecuencia de la negación o dilatación en la prestación del servicio sobreviene la muerte

## **B.- Descripción Típica.-**

**1. En sentido cuantitativo:** El sujeto activo es singular o monosubjetivo, ya que la parte preceptiva de la norma en el inciso primero, lo señala con la expresión “El que”.

**En sentido cualitativo:** Se trata de un sujeto activo no calificado, pues en el inciso primero, no se requiere condición o calidad especial en el agente del hecho típico, ya que cualquier persona puede encuadrar su conducta en el respectivo tipo.

En el Inciso 3° del proyecto, encontramos un sujeto activo calificado, por cuanto el tipo penal o el precepto exigen cierta calidad, en este caso “el profesional de la salud”.

**2.- Conducta Objetiva.-** Posee cuatro conductas alternativas o cinco verbos rectores a través de los cuales se puede desarrollar el tipo penal. El verbo omitir, significa abstenerse de hacer algo. El verbo retardar, significa demorar, tardar o detener algo. El verbo impedir, significa, estorbar, imposibilitar la ejecución de algo. El verbo dilatar, es no hacer lo que se tiene que hacer dentro del término previsto por la ley o autoridad, procedimiento o protocolo medico, o cuando a falta de término no se ejecuta en el tiempo oportuno para que produzcan sus consecuencias normales. El verbo negar, significa no conceder lo que se pidió o solicitó, o eludir sin excusa legal un acto propio que se le ha solicitado u ordenado por la ley o autoridad competente.

Toda entidad pública o privada que preste servicios de salud, de cualquier nivel esta obligada a atender las urgencias en su fase inicial. El único requisito es la necesidad. Según la ley no necesita de contratos, ni de afiliaciones ni demostrar capacidad de pago. Debe atenderlo el equipo medico de urgencias entrenado para tal fin. Siempre se debe atender el paciente, incluso para decirle que el caso no es urgente se requiere valoración medica. Todo caso debe ser atendido por un medico y las negaciones, retardos, omisiones son violaciones a los derechos de los pacientes y constituyen delito. La superintendencia de salud expidió la resolución No.021 de 2005, mediante el cual se exige a los empleados del sector salud diligenciar el formato de negación de servicios de salud y medicamentos. En el debe explicar el profesional de la salud la razón por la cual no se brinda por ejemplo el servicio de urgencias o medicamentos.

Si después de recibir la atención de urgencias, esto es , de estabilizar sus signos vitales y sacarlo del peligro, diagnosticar su situación y definir la conducta a seguir , deben remitirlo a otra institución de mayor complejidad, deben hacerlo las mismas instituciones prestadoras de salud, sin que sea necesario firmar cheques, cuotas moderadoras, pagares, depósitos, etc.. Cualquier cobro previo es ilegal.

**3.- Sujeto Pasivo.-** El sujeto pasivo, es común e indeterminado, esto es, puede ser cualquier persona que necesite y solicite la prestación del servicio medico, quirúrgico, farmacéutico u hospitalario, en cualquier nivel de atención, a una entidad responsable de la prestación del servicio, sea esta publica, mixta o privada.

### **C.- Antijurisdicción.-**

El objeto jurídico general tutelado es la vida y la integridad personal. El objeto jurídico específico tutelado es el cumplimiento imperativo de la seguridad social en salud para garantizar en forma efectiva y real la vida y la integridad de las personas. El cumplimiento del mandato imperativo de la prestación de los servicios públicos de salud, ordenada por la constitución y la ley, se logra con la atención medica, quirúrgica hospitalaria y

farmacéutica, oportuna, pronta, efectiva y científica, para prevenir o curar las alteraciones en el cuerpo o en la mente que ponen en riesgo el bienestar o la vida de una persona, que ameritan la atención urgente de un equipo de salud.

#### **D.- Culpabilidad.-**

El dolo es la forma de culpabilidad de este delito, esto es, que para que la conducta típicamente antijurídica sea culpable, es necesario que sea dolosa. El sujeto activo no solo debe comprender y determinarse de acuerdo con esa comprensión sino además debe saber que quiere la realización de la conducta.

#### **E.- Punibilidad.-**

La pena señalada para este delito es de dos (2) a cuatro (4) años de prisión, que el juez en cada caso, deberá individualizarla. Esta pena se aumentara de trece (13) a veinticinco años de prisión, en caso de muerte del paciente, además la suspensión del ejercicio al profesional de la salud por el mismo termino.

**Perspectiva de la justicia social.** La justicia social es entendida desde una perspectiva que relaciona los patrones de distribución con las necesidades, pero también comprende que esos aspectos de alguna manera están conectados con la noción de libertad; con contextos institucionales como la concepción de derecho a la salud, el carácter de los procesos de toma de decisiones políticas, clínicas y administrativas, la división social del trabajo, la cultura, las disputas o juegos de poder, conocimiento y lenguaje en que entran los sujetos y grupos sociales (Lyotard 1983; Young 1990; Foucault 1997). Desde Foucault, por ejemplo, la justicia social puede ser analizada tomando en cuenta las interacciones e interdependencias entre tres dominios principales de la acción humana: el conocimiento (la ciencia), el poder (el gobierno, discurso y práctica política), y la ética (entendida como moral).

Desde esta misma perspectiva la ética puede entenderse en dos sentidos: primero, como una relación de libertad y autocontrol frente a nuestros propios deseos y placeres y, segundo, como resistencia ante relaciones de poder y de saber que pueden tomar la forma de patrones éticos, o de modelos económicos y sociales, científicos o culturales, los que constriñen la posibilidad de la satisfacción de las necesidades y de la libertad y autonomía de los sujetos sociales respecto de la justicia social y de la ética,

Los problemas del nuevo Sistema de seguridad social en salud se plantean al menos en tres niveles: en las relaciones entre los procesos del conjunto del sistema y la población; entre el personal de salud y el paciente; y entre los servicios de atención médica y el paciente. Para estimular la reflexión acerca de estos problemas emergentes se hará referencia a tres aspectos que vulneran la dimensión de justicia y de la ética y que en la experiencia hasta ahora transcurrida del actual sistema de salud generan amplia preocupación en la opinión pública: la cobertura del aseguramiento, la focalización de subsidios a la demanda y el uso de los servicios de urgencias. Es de notar que en el actual modelo del sistema de salud el uso de los servicios según necesidad depende del aseguramiento y éste a su vez del ingreso de las personas y de la voluntad política de los gobiernos en cuanto a invertir en la salud de



los pobres. Lo que en últimas hace que gran parte de las necesidades de salud, por lo menos aquellas que se refieren a la atención médica, sólo puedan ser satisfechas en función de la capacidad de cotización de las personas y del gasto público destinado a subsidiar a los pobres, es decir, de la capacidad de demanda de los individuos y de las familias..

1. La cobertura. A pesar de que el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto ha aumentado de manera sustancial (ahora es más o menos alrededor de 9% del PIB cuando al inicio de la década del noventa era del 7%, (Barón Leguizamón, 2001), sin embargo, las coberturas del aseguramiento no sólo están por debajo del 60% para la población general, sino que protegen menos a los sectores pobres, de los cuales aproximadamente 60% no está afiliado, como se desprende de la encuesta hecha por Fedesarrollo (2002) en las cuatro principales ciudades del país en octubre de 2001, que es donde mejor aumento de la cobertura ha mostrado el actual sistema. Esa misma situación de inequidad en la cobertura de los pobres respecto de la población total afiliada al Sistema general de seguridad social en salud.

La racionalidad política del modelo define que el derecho al aseguramiento en salud se garantiza a partir del ingreso de las personas, y aquellos que no tienen ingresos suficientes pueden recibir un subsidio del Estado. Pero hay dos grandes restricciones adicionales a la concepción de pobreza y su medición para que se cumpla con ese objetivo: por un lado, la dependencia del aumento de la cobertura del crecimiento económico, del acceso a los factores de producción y del comportamiento del empleo. Por otro, las políticas internacional de reducción del gasto fiscal e impositiva nacional, que evita gravar más ampliamente y con impuestos progresivos a los sectores de más altos ingresos y más ricos del país.

De otra parte, los acuerdos suscritos entre Colombia y el Fondo Monetario Internacional (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1999) se han hecho sobre la base de un conjunto de mecanismos de ajuste que han obligado a la elite gobernante a disminuir el gasto público y la inversión social del Estado, ejemplo de lo cual son la ley 012 de transferencias fiscales territoriales y el proceso de reformas a la ley 60, con lo cual se disminuyen las posibilidades de ampliar la afiliación de los pobres en un escenario donde crece cada vez más la pobreza, el desempleo y el subempleo.

2. La focalización de subsidios y el Sisben. Hallazgos empíricos sobre el acceso a los servicios de salud y la distribución de subsidios para 1992, que mostraban inequidades en detrimento de los pobres, empujaron a la suposición de que la focalización del gasto social era la vía para superar tales injusticias (Vélez, 1996). Ello influyó en la definición de una política y normatividad de ampliación de la cobertura fundada en la reducción del derecho a la salud a un derecho-prestación que garantizaría el acceso de los sectores de menores ingresos por la vía de la focalización de subsidios a la demanda en los más pobres (leyes 60 y 100 de 1993). Consustancial a tal enfoque focalizador fue el diseño del Sisben y del procedimiento de toma de decisiones para la selección de beneficiarios.

Por la vía de la adopción de políticas de focalización de subsidios en los más pobres para acceder al aseguramiento en salud (artículos 157, 211 y 213 de la ley 100 de 1993; la elite del país ha resuelto uno de los factores que está en la génesis de la pobreza, el problema de

la redistribución de los ingresos y de la riqueza, excluyendo del derecho a la salud a amplios sectores de la población también pobres y quizás más necesitados de asistencia sanitaria.

En un estudio de caso realizado con el objetivo de evaluar los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del Sisben sobre la población sin capacidad de pago de cuatro localidades de Bogotá (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001) se han encontrado evidencias las cuales indican que para efectos de la selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud, la pobreza no puede ser reducida a una noción estrecha y utilitarista del bienestar y de los ingresos, haciendo abstracción del espacio específico de la salud y de otros factores económicos, sociales y políticos.

En efecto, la focalización de subsidios en los más pobres para aseguramiento en salud se ha hecho con base en enfoques metodológicos excluyentes que como el Sisben propician focalizar subsidios en los más pobres para ahorrar gastos con el argumento de la escasez de recursos, y una postura ética que justifica otorgar el mayor beneficio social posible por lo menos a los más pobres (Sarmiento, González y Rodríguez, 1999). De acuerdo con estos métodos los pobres beneficiarios son seleccionados a expensas de la exclusión de los otros pobres, para lo cual se da gran peso a variables como el nivel educativo y las características de la vivienda como aproximación del nivel de bienestar o de pobreza, en detrimento de otras que se excluyen o que pudieran ser más relevantes para distinguir entre pobres y no pobres.

Otros estudios (Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999) también sugieren la existencia de una no correspondencia entre la racionalidad de mercado, homogenizante y utilitaria de la política de focalización del gasto social y de su instrumento de aplicación, el Sisben, frente a la diversidad de necesidades y valores de la población. La racionalidad de la política de focalización y del Sisben está soportada en la idea de la constitución de un sujeto racional que optimiza sus acciones en función del índice de utilidad resultante de las relaciones entre los índices de utilidad del consumo, del ingreso y de la dotación de capital humano (Vélez, Castaño y Deutsch, 1999). Este modelo del actor racional del mercado no es necesariamente compartido por otros actores cuya racionalidad puede estar legítimamente fundada en otros valores.

Los hallazgos también sugieren que no es posible definir solamente desde los escritorios de los expertos y desde las oficinas del gobierno ningún procedimiento metodológico que permita captar las distintas expresiones de la pobreza para efectos de asignar subsidios para aseguramiento en salud, y que si se quiere seguir manteniendo el actual modelo de sistema de seguridad social en salud y avanzar con mayor claridad hacia la universalización de la cobertura del aseguramiento, es pertinente abrir un espacio de amplia participación de la población en los procesos de discusión y toma de decisiones respecto de los mecanismos de selección de beneficiarios de subsidios para aseguramiento en salud (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001).

En el caso de la atención médica, las barreras financieras para el aseguramiento están obligando a la población excluida y sin capacidad de pago no sólo a la sustitución de la medicina institucional por la automedicación, los remedios caseros y la medicina

tradicional, sino a la promoción de un mayor gasto privado de bolsillo y al empeoramiento de sus condiciones de salud (Cendex, Fundación Corona, Fundación Ford, 1999; Eslava, Hernández, Ruiz y otros, 1999; CID-UN, 2001). Los complejos cambios e inestabilidad en el empleo y los ingresos introducidos por la situación de recesión económica, por las políticas de ajuste económico y flexibilización laboral, la violencia y la migración, se agravan por las dificultades adicionales que la selección excluyente que métodos tipo Sisben introducen (Lamas 1997; Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández Bello y Cantor, 2001).

Pero la focalización y el Sisben no sólo se han convertido en una barrera más para el acceso a los servicios de salud institucionales por parte de la población pobre que no clasifica como beneficiaria del régimen subsidiado, sino que inducen comportamientos inmorales, ilegales y clientelistas para acceder al subsidio, e imponen prácticas de gobierno que colindan con la violación del derecho a la vida, a estar enfermo y ser atendido, y con la libre escogencia de estilos de vida (Vega Romero, Barajas, Conversa, Hernández y Cantor, 2001).

Puede sostenerse que a diez años de la emergencia de tal conjunto político normativo, técnico y gerencial de la política actual de focalización de subsidios para aseguramiento en salud el problema central identificado, desde una perspectiva de justicia social, ha sido la oposición entre universalidad y focalización y, como consecuencia, la oposición entre inclusión y exclusión<sup>51</sup> además de los distintos problemas éticos señalados en relación con la conducta de las personas frente a sí mismos, los otros y el sistema de salud.

**3. La tragedia de los pacientes que requieren atención urgente.** Algunos estudios han mostrado que por lo general los sectores de menores ingresos, y las poblaciones rurales, es decir, aquella hacia quien debería dirigirse una política redistributiva progresiva, son los que salen más perjudicados, o no han mejorado de manera sustancial las inequidades heredadas del pasado en materia de acceso y uso de los servicios de salud, con el actual sistema de salud (OPS/OMS, 2001; Céspedes et. al., 200; Málaga 2001; Martínez, Rodríguez y Agudelo, 2001).

Para contribuir a la reflexión sobre otros factores que inciden en el uso de los servicios de salud, distintos a las barreras financieras para el acceso al aseguramiento, y que emergen como consecuencia de la racionalidad de mercado de este sistema, se propone la tesis de que con la emergencia del nuevo sistema de seguridad social en salud se ha constituido un nuevo practicante de la medicina, obligado a preocuparse más por los imperativos económicos de la ganancia, el control de costos y la eficiencia, que por la salud del paciente y la equidad. Lo mismo podría decirse de las nuevas organizaciones del sector, que han sido reconstituidas para funcionar más como empresas eficientes y rentables económicamente que para dar respuesta a las necesidades de salud de la gente.

Para ilustrar esta discusión se tomarán como ejemplo algunas experiencias recogidas de las denuncias públicas de lo que en el lenguaje popular y de los medios se ha dado en llamar

---

<sup>51</sup> Para una ilustración teórica y metodológica general del tema de la inclusión y de la exclusión véase CASTEL (1997), SEN (2000b) y MIDGLEY (2000).

los paseos de la muerte. Algunos de estos casos ayudan a esclarecer el peso que ejercen las presiones financieras, el ánimo de lucro y el eficientismo en la conducta de los médicos y de las instituciones de salud, y ponen sobre el tapete problemas recientes como el de la confianza, el trato igual y no discriminatorio de los pacientes.

Entre los casos existentes se hace referencia a tres, en particular:

i) El de un menor de 16 años que sufrió un accidente de tránsito con politraumatismo y compromiso cráneo encefálico severo que ameritaba la realización de una cirugía de urgencias en una institución con unidad de cuidados intensivos y que murió por la no prestación oportuna de los cuidados requeridos. A pesar de que el paciente tenía derecho no sólo a la atención inicial de urgencias sino a toda la necesaria para salvar su vida, ésta le es negada en forma reiterada por los médicos e instituciones que tenían el poder de hacerlo por anteposición del interés económico particular al deber moral de salvar la vida de una persona.

ii) Aquel paciente de 14 años que murió en shock hipovolémico debido a la hemorragia causada por una fractura ósea con compromiso vascular en miembros inferiores fruto de un accidente de tránsito y a quien se le negó la oportuna e integral atención médica requerida por no presentar al momento del ingreso a las instituciones de salud donde fue llevado por sus angustiados familiares, el certificado Soat, como tampoco su familia disponer de los recursos monetarios líquidos para hacer el depósito exigido previo el inicio de la atención.

iii) Otro caso es el de una mujer de 37 años, muy pobre, en estado de desnutrición severa, quien consulta por un episodio diarreico agudo en una institución de primer nivel de atención. Por coexistir factores de riesgo sugestivos de VIH (+), y por no tener recursos ni apoyo familiar capaz de procurárselos, la paciente es remitida a la institución pública de segundo nivel de la localidad para disponer sobre hospitalización, valoración por especialistas y manejo de tercer nivel, si fuese el caso.

La paciente es contra remitida al primer nivel de atención en forma sucesiva en los dos días subsiguientes por el médico de turno del servicio de urgencias de la institución pública de segundo nivel con el argumento de que su patología no ameritaba manejo de segundo o de tercer nivel. Al ser rechazada, la paciente es trasladada por el conductor de la ambulancia que la transportaba a las instituciones privadas con las cuales la autoridad local de salud al parecer tenía contrato vigente de prestación de servicios, donde tampoco es recibida. En el proceso, al fracasar los intentos de hospitalización en las instituciones de prestación de servicios de segundo o de tercer nivel tanto públicas como privadas, y ante la tentativa de ser reubicada de manera transitoria en la institución de primer nivel de atención que originalmente la remitió, la comunidad de la localidad se opone con el argumento de que la paciente es una amenaza para la salud de la población que demandaba servicios de asistencia en ese centro.

En este recorrido hacia la muerte, la paciente fue dejada abandonada por el conductor de la ambulancia a la entrada del servicio de urgencias del hospital público de segundo nivel, ante lo cual esta institución se ve obligada a recogerla, no sin antes someterla al escarnio de un baño callejero por parte de uno de los vigilantes de la misma. Por las notas de

enfermería se conoce que la paciente luego de ser recogida de la entrada del servicio de urgencias y bañada en la calle, no fue inmediatamente hospitalizada sino que permaneció en el patio de la institución por tiempo indeterminado hasta cuando fue pasada a la unidad de observación. Una vez ingresada, la paciente es valorada por el médico de turno quien, reconociendo su estado caquético y anotando los factores de riesgo para VIH, sin embargo sólo hace impresión diagnóstica de enfermedad diarreica aguda y VIH (+). Ordena tratamiento con líquidos endovenosos a chorro, un antimicótico oral, dieta normal y solicita hemograma, coprológico y VIH.

Al día siguiente de su hospitalización sin que se le hubiesen practicado las pruebas de laboratorio ni haber sido valorada por los especialistas y sin haber terminado su tratamiento, pero ante la constatación de la mejoría de la diarrea, se decide dar salida a la paciente con indicación de soporte nutricional.

Por las mismas notas de enfermería se sabe que su cuerpo era maloliente, pálido, daba la impresión de mal estado de salud nutricional, y que al momento de ser emitida la orden de salida, la paciente no tenía familiares ni amigos que se hiciesen cargo de ella.

Ante la imposibilidad de abandonar el hospital al no poderse valer por sí misma, la paciente permanece en el pasillo de la institución sobre una colchoneta tirada en el suelo, sin recibir tratamiento al no haberle sido ordenado alguno. Luego de la orden de salida, la paciente solo fue valorada por las enfermeras, las cuales, especialmente en los últimos días de su estancia, siguen anotando su mal estado nutricional y de salud. A los doce días de privación de la atención médica, los médicos reaparecen en el escenario cuando la paciente presenta un paro cardio respiratorio de infructuosa reanimación.

A pesar de las reiteradas omisiones en la atención médica y de la despreocupación humana por la persona de esta paciente, la institución pública pasa la cuenta de cobro por valor superior a un millón de pesos por los días de estancia y por la supuesta atención prestada a la paciente. Al ser increpado el gerente del hospital por las fallas científicas y éticas detectadas en la atención de esta mujer, él se defiende con el argumento de que dadas las condiciones tecnológicas y circunstancias económicas de la institución se hizo todo lo que se pudo, puesto que incluso se le pudo brindar cristiana sepultura.

Se sabe de la honda crisis económica de la red pública de servicios de salud, del cierre al que constantemente son sometidos los hospitales, de la bajísima cobertura del aseguramiento de los pobres, y de la falta de compromiso del alto gobierno para entregar recursos suficientes para sacar de la crisis a las instituciones de salud y garantizar la atención de la población pobre. A pesar de los factores contextuales que explican las dificultades de la atención de los pobres y de la crisis económica que explica en parte el bajo desempeño de los hospitales y la desmotivación del recurso humano, se deben tener en cuenta las presiones comerciales y financieras con que las políticas generales de salud vigentes y las gerencias de estas instituciones condicionan a los practicantes de la medicina. Estos casos no son fenómenos fruto de la mala fe e inmoralidad de sujetos aislados que actúan por sí solos, sino resultado de la influencia de los valores y códigos de comportamiento dominantes en el conjunto del actual modelo de desarrollo económico, político y social, de los incentivos y constreñimientos que el sistema de salud impone sobre

el comportamiento de los médicos y las organizaciones de salud, y de una filosofía gerencial del sistema y de las organizaciones que lo componen, que antepone valores comerciales, utilitaristas y de rentabilidad económica sobre valores éticos que tienen que ver con el bienestar de la población y de los pacientes y con la probidad moral y científica de los practicantes de la medicina (Vega Romero, 2001a; Bowles, 1998).

Por ello es necesario reflexionar en la relación entre libertad y justicia social, en particular en la relación entre libertad del mercado, defendida en la racionalidad política actualmente dominante en el Sistema de seguridad social en salud de Colombia, y el principio de distribución según necesidad como un componente de la libertad, noción más extensa y rica que la de distribución según la libertad del mercado, al poder hacer confluír igualdad y autonomía, es decir, igualdad y pluralidad (Sen 2000a; Gillon 2001; Vega Romero, 2001a, 2001b; Vega Romero y Hernández Bello, 2001). Desde esta perspectiva es importante la concepción que subraya la justicia distributiva como un componente de la libertad porque valora tanto los aspectos positivos (la respuesta a la necesidad) como los negativos de la libertad, y no es solo el resultado de la libertad de escogencia y competencia del mercado y de sus asignaciones y distribuciones naturales, sino un compromiso social.

## **7. CONCLUSIONES**

A pesar de las órdenes del gobierno a las entidades públicas y privadas del sector salud, el funcionamiento de la red de urgencias es cada vez más deficiente y las quejas de los afiliados más numerosas

El derecho a la salud hace parte de los derechos que conforman el derecho a la seguridad social, consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política. Es, por lo tanto, un servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse siguiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La atención de la salud de las personas y del saneamiento ambiental están a cargo del Estado, el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y ejercer el control y la vigilancia sobre las entidades privadas que prestan el servicio público de la salud.

El derecho a la salud, por mandato constitucional, tiene el carácter de fundamental y prevalente en los niños. En las personas adultas, el derecho a la salud adquiere el carácter de fundamental cuando se relaciona con otros factores, como cuando la vulneración al derecho a la salud amenaza el derecho fundamental a la vida, a la integridad física o mental.

El derecho a la salud está compuesto por cuatro elementos esenciales: disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios, acceso a dicha infraestructura, aceptabilidad (respeto por el paciente, reconocimiento de la diversidad) y calidad. Así mismo, este derecho tiene una dimensión colectiva, relacionada con la salubridad pública, y una dimensión individual, circunscrita a la promoción del bienestar y la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades.

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 esta 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.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support. 1997; 23-26
- ARRATIA, Alexandra y ASALAN, P. Bioética en la Educación para la Salud en –Persona y Bioética No.11 Vol.4 (Enero-Abril 2001). P.92-101.
- BLUMER J. Cuidados Intensivos en Pediatría. 1993.
- CALDERÓN, Germán. La salud como un derecho. Ponencia Seminario Internacional Ética y Seguridad Social. Ministerio de salud. Colombia. Bogotá. Junio de 1998
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derechos de los usuarios en el servicio de Urgencias. Bogotá. 2006. Página 9.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN SOCIAL, Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, Desarrollo Humano Colombia 2000. Bogotá, Alfa Omega S.A. mayo 2001. Pag.101-102-103-104.
- DERLET R, KINSER D. The emergency department and triage of non urgent Patients. Editorial. Annals of Emergency Medicine. 1994; 23(2):377-379.
- DERLET R, KINSER D, Lou R, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5 year study. Annals of Emergency Medicine 1996; 25(2):215-223.
- ESTRADA E. Triage Systems. Nursing Clinics of North America. 1981; 16(1):13-24
- ESGUERRA Roberto, presidente de la asociación de clínicas y hospitales, y director general de la Fundación Santa Fe, en la capital.
- FRANCESC Abel. La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1993.
- GARCÍA CARDONA, Gustavo. "La dignidad personal como fundamento de los derechos humanos", en Bioética y derechos humanos-Colección Bios y Ethos universidad del bosque. 1998.
- GIRALDO Juan C. Comentarios al Derecho a la Salud en Colombia en Hacia la Promoción de la Salud. No.6 Vol.5 (diciembre 2000) p.60-63.



GONZÁLEZ JI, PÉREZ-CALLE F. Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. Coyuntura Social; 1998. 18: 149-171.

GRACIA GD. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989.

HERNANDEZ ALVAREZ, Mario. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: Revista de Salud Pública. Vol.2. No. 2. 2002. Pág. 3 - 6 de 14.

LOZANO BEDOYA, Carlos Augusto. Deberes frente a la vida. Revista Su defensor. Número 10. Defensoría del pueblo. 1994.

MACKERSIE Robert C., MD FACS. History of Trauma Fiel Triage Development and the American College of Surgeons Criteria. Prehospital Emergency Care. 2006; 287

MOWER W, SACHS C, NICKLIN E, et al. Pulse oximetric as a fifth pediatric vital sign. Pediatrics. 1997; 99(5):681-686.

PULIDO H. Asociación Colombiana de Hospitales Triage Hospitalario. 2000.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Sentencia T-491 de 1992.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Sentencia T-859 de 2003.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Sentencia T-697 de 2004.

REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, en un estudio realizado en el año 2004.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991, por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991, por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T - 703 de 1996. dic. 9/96, M.P. Fabio Morón Díaz.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Corte Constitucional. Sentencia T.101 de 2006.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Corte Constitucional, Sala Plena, sentencia SU-043 de 1995, M.P. Fabio Morón Díaz, reiterada en la sentencia SU-111 de 1997, Sala Plena, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Ministerio de Salud. Resolución 02948 de octubre 10 de 2003. Bogotá: 2003.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo N°. 000313. De Diciembre 13 de 2005. Bogotá: Presidencia de la República; 2005.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá; julio de 1999 (copia magnética): 4 y 6.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia C 280 de 1995. M. P.

REPÚBLICA DE COLOMBIA Ley 10 de 1990

RESTREPO M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, GTZ; 1997.

VÉLEZ AL. La acción de tutela: ¿Un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? Colombia Médica.2005; 36(3):199-208.

WELLS-MACKIE J. Clinical assessment and priority setting. Nursing Clinics of North America. 1981; 16(1): 3-11

WILLIAMS R. Triage and emergency department services. editorial. Annals of Emergency Medicine. 1996; 27(4):506-508. abdominal pain out of the emergency department: three months feasibility study. University of California, Davis, Medical Center

[Http://www.colectivodeabogados.org/article.php?id\\_article=71](http://www.colectivodeabogados.org/article.php?id_article=71).

# ANEXO

Anexo A

Encuesta aplicada a los usuarios de los servicios de urgencia de la ciudad de Cúcuta

UNIVERSIDAD LIBRE  
FACULTAD DERECHO

Objetivo: Obtener información de los usuarios del servicio de urgencias de la ciudad de Cúcuta.

Responsables:

ANGELICA MARION CAMACHO PASTRAN  
LUZ ADRIANA COLMENARES ORTEGA  
EDGAR GUEVARA FLOREZ

Marque con una X según crea conveniente:

1. Estrato socioeconómico

1\_\_\_\_ 2\_\_\_\_ 3\_\_\_\_ 4\_\_\_\_ 5\_\_\_\_ 6\_\_\_\_

2. Tipo de afiliación

Régimen contributivo\_\_\_\_ Régimen subsidiado\_\_\_\_

3. Cómo calificaría Ud. la relación que entabló con la persona que lo (a) atendió en el servicio de urgencias

MALA ( ) REGULAR ( ) BUENA ( ) EXCELENTE ( )

4. El tiempo de espera para ser atendido, lo califica:

MALO ( ) REGULAR ( ) BUENO ( ) EXCELENTE ( )

5. Cree Ud. que el Personal Auxiliar (enfermeras otros) fue eficiente en su atención?

SI ( ) NO ( )

6. Le han exigido dinero para prestarle el servicio de urgencias

SI ( ) NO ( )

7. Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a ?

SI ( ) NO ( )

8. Alguna vez le han negado la prestación del servicio de urgencias?

SI ( ) NO ( ) porqué?\_\_\_\_\_

9. Sabe usted donde quejarse por la negación de la prestación del servicio de urgencias?

SI ( ) NO ( ) porqué?\_\_\_\_\_

10. Cree usted que al no prestarle el servicio de urgencia se le esta violando algún derecho

SI ( ) NO ( )Cuál?\_\_\_\_\_

San José de Cúcuta, febrero 22 de 2008.

Señores  
**COMITE DE TRABAJO DE GRADO**  
Facultad Derecho  
Universidad Libre  
L. C

Respetuoso saludo.

Por medio de la presente hacemos entrega del proyecto de grado titulado: ANALISIS DE LA SITUACION DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN CUCUTA para que sea evaluado por ustedes

Agradeciendo la atención que le puedan prestar a la presente

Atentamente;

ANGELICA MARION CAMACHO PASTRAN

LUZ ADRIANA COLMENARES ORTEGA

EDGAR GUEVARA FLOREZ

San José de Cúcuta, marzo 28 de 2008.

Señores  
**COMITE DE TRABAJO DE GRADO**  
Facultad Derecho  
Universidad Libre  
L. C

Respetuoso saludo.

Por medio de la presente me permito informarles que el proyecto de grado titulado: ANALISIS DE LA SITUACION DE LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN CUCUTA a cargo de los estudiantes: ANGELICA MARION CAMACHO PASTRAN, LUZ ADRIANA COLMENARES ORTEGA, EDGAR GUEVARA FLOREZ ha sido revisado y aprobado por mi.

Agradeciendo la atención que le puedan prestar a la presente

Atentamente;

**GUILLERMO TAPIAS**  
Director tesis