

**Evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia: Una revisión
sistemática de la literatura y la jurisprudencia**

Sandra Milena Jiménez Herrera

**Universidad Cooperativa de Colombia
Facultad de Derecho
Bucaramanga
2017**

**Evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia: Una revisión
sistemática de la literatura y la jurisprudencia**

Sandra Milena Jiménez Herrera

Monografía para optar al título de

Director

Luis Fernando Castro Pérez

Universidad Cooperativa de Colombia

Facultad de Derecho

Bucaramanga

2017

Página de aceptación

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Nota obtenida: _____

Febrero de 2017

Página dedicatoria

Porque el Señor da la sabiduría
y de su boca proceden
el conocimiento y la
inteligencia.
(Proverbios 2:6)

Agradecimientos

Agradezco a Dios por las virtudes otorgadas, a mi familia por su apoyo incondicional, a los excelentes docentes que me han formado y a todos aquellos que han permitido el éxito de este trabajo.

A la Universidad Cooperativa de Colombia por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de obtener mi título de abogada.

Resumen

La Salud en Colombia como derecho fundamental ha sido un tema de múltiples debates desde su definición limitada en la Constitución y posteriormente en la fundamentación de la Ley 100 de 1993. El derecho en Colombia tiene un papel fundamental para sociedad en general y desde allí donde se construyen los paradigmas de justicia, equidad e igualdad para las personas. Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo principal analizar la evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia a partir de una revisión sistemática de la literatura y la jurisprudencia. La metodología propuesta para la presente investigación es de tipo descriptivo, que permita mediante un método inductivo establecer una revisión bibliográfica y jurisprudencial que logre analizar la problemática del derecho a la salud que llevó a elevarlo a derecho fundamental y así extraer conclusiones de carácter general, y siguiendo la metodología Cochrane sobre Revisiones sistemáticas de la Literatura. Entre las críticas más fuertes que se logró hallar al logro de ponderar la salud como derecho fundamental, manifiestan que no es suficiente con que la salud logre este estatus sino se circunscribe esta problemática a una esfera y política y social para lograr una reforma estructural del derecho a la salud y del sistema de salud general. Respecto al análisis jurisprudencial se observa que existe una cantidad considerable de jurisprudencias que ratifican el derecho a la salud como fundamental desde distintas perspectivas. Lo más significativo de esta revisión fue encontrar que ha sido la misma Corte quien ha precisado en la necesidad de darle un carácter autónomo a la salud, por los criterios expuestos en el metaanálisis. Finalmente se logra entrever que todo esto conlleva a que se haya expedido la Ley estatutaria 1751 de 2015 la cual regula la salud como derecho fundamental.

Palabras Claves: Salud, derecho fundamental, jurisprudencia, Ley 1751 de 2015, revisión sistemática.

Abstract

Health in Colombia as a fundamental right has been a subject of multiple debates since its definition limited in the Constitution and later in the foundation of Law 100 of 1993. Law in Colombia has a fundamental role for society in general and from there where They construct the paradigms of justice, equality and equality for the people. For this reason, the main objective of this study is to analyze the evolution of the fundamental right to health in Colombia, based on a systematic review of the literature and jurisprudence. The methodology proposed for the present research is descriptive, allowing an inductive method to establish a bibliographical and jurisprudential review that allows analyzing the problem of the right to health that led to raise it to fundamental rights and thus draw general conclusions and Following the Cochrane Methodology on Systematic Reviews of Literature. Among the strongest criticisms of the achievement of health as a fundamental right, they state that it is not enough that health achieves this status but circumscribes this problem to a political and social sphere to achieve a structural reform of the right To health and the general health system. Regarding the jurisprudential analysis, it is observed that there is a considerable amount of jurisprudence that ratifies the right to health as fundamental from different perspectives. The most significant aspect of this review was to find that it has been the Court itself that has pointed out the need to give autonomy to health, by the criteria set out in the meta-analysis. Finally it is possible to glimpse that all this entails to have been passed Statutory Law 1751 of 2015 which regulates health as a fundamental right.

Keywords: Health, fundamental law, jurisprudence, Law 1751 of 2015, systematic review.

Tabla de Contenido

Introducción	12
1. Descripción del Proyecto	14
1.1. Planteamiento del problema y justificación	14
1.2. Marco Teórico y Estado del Arte	15
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo General	17
1.3.2. Objetivos Específicos	17
1.4. Metodología	18
1.5. Resultados esperados.....	19
2. Revisión Sistemática.....	19
2.1. Formulación del Problema	20
2.2. Localización y selección de los estudios primarios	20
2.2.1. Localización y selección de los documentos.....	20
2.2.2. Localización y selección de jurisprudencias	21
2.3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios	22
2.4. Extracción de datos	23
2.4.1. Extracción de datos de los artículos seleccionados	23
2.4.2. Extracción de datos de las jurisprudencias.....	28
2.5. Presentación de los resultados.....	31
2.5.1. Presentación de los resultados de los documentos	31
2.5.2. Presentación de los resultados de las jurisprudencias	32
2.6. Análisis de los resultados	32

2.7. Metaanálisis de los artículos	37
2.8. Metaanálisis de las jurisprudencias	50
3. Conclusiones	55
4. Bibliografía	58

Índice de Figuras

Figura 1. Presentación de los resultados de los documentos	31
Figura 2. Presentación de los resultados de las jurisprudencias.....	32
Figura 3. Número de documentos por buscadores electrónicos.....	33
Figura 4. Número de artículos excluidos y evaluados	33
Figura 5. Número de artículos por criterio de exclusión.....	34
Figura 6. Número de artículos por clasificación metodológica	35
Figura 7. Número de jurisprudencias excluidas e incluidas.....	35
Figura 8. Número de jurisprudencias por criterios de exclusión	36
Figura 9. Número de jurisprudencias por ejes temáticos	37

Índice de Tablas

Tabla 1. Extracción de datos de los artículos seleccionados.....	23
Tabla 2. Extracción de datos de las jurisprudencias	28

Introducción

La Salud en Colombia como derecho fundamental ha sido un tema de múltiples debates desde su definición limitada en la Constitución y posteriormente en la fundamentación de la Ley 100 de 1993. El derecho en Colombia tiene un papel fundamental para sociedad en general y desde allí donde se construyen los paradigmas de justicia, equidad e igualdad para las personas. Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo principal analizar la evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia a partir de una revisión sistemática de la literatura y la jurisprudencia.

Para ello, se establecen tres capítulos principales, a saber, la descripción del proyecto en el primer capítulo, la revisión sistemática en el segundo capítulo y las conclusiones en el tercer capítulo. En detalle cada capítulo está compuesto de la siguiente forma:

Capítulo I. Descripción del proyecto: En este capítulo se establece el problema principal a partir del cual se establecerá la investigación, después se realiza un marco teórico y estados del arte para determinar de una manera general la problemática, seguidamente se establecen los objetivos que conducirán la investigación, posteriormente se plantea la metodología sobre los parámetros para la revisión sistemática y finalmente los resultados esperados del desarrollo de la investigación.

Capítulo II. Revisión sistemática: En el segundo capítulo se desarrollan cada uno de los pasos expuestos en la metodología, en donde se inicia con la formulación precisa de un problema; después se precisan los criterios que se tuvieron en cuenta para la localización y selección de los documentos; seguidamente, se realiza una evaluación de calidad de los documentos y jurisprudencias mediante la extracción de datos; posteriormente, se realiza la presentación de los resultados mediante gráficas y finalmente, se realiza el metaanálisis de los documentos y jurisprudencias.

Capítulo III. En el último capítulo se recopilan las principales conclusiones que se extrajeron de la revisión sistemática, condensando los resultados principales que se obtuvieron de acuerdo a los objetivos propuestos.

1. Descripción del Proyecto

1.1. Planteamiento del problema y justificación

La Constitución Política de 1991 dio un viraje total al Sistema de Salud Colombiano dejando sentadas las bases para la implementación del Sistema Integral de Seguridad Social, en donde si bien la misma Constitución define los derechos fundamentales, deja el derecho a la salud por fuera de los derechos fundamentales dispuestos constitucionalmente. Sin embargo, el sistema de salud colombiano presenta muchas dificultades en la prestación de sus servicios que llevó a convertir la tutela como mecanismo para que muchos ciudadanos pudieran acceder al servicio de salud.

La dinámica negativa del sistema de salud colombiano, enmarcada por un constante déficit de recursos económicos para financiar el Plan Obligatorio de salud POS, hoy unificado para los dos regímenes por mandato de la Corte Constitucional es cada vez más amplio y exigente en cuanto al costo de las nuevas tecnologías, y el déficit acumulado de recursos económicos ha llevado a la liquidación de muchas entidades promotoras de Salud – EPS.

Con lo anterior el gobierno nacional viene implementando medidas para mejorar el acceso a la prestación de los servicios de salud a la población, llegando incluso a elevar el derecho a la salud como derecho fundamental, como medida para facilitar el flujo de los recursos y la garantía constitucional para acceder al servicio.

Por otra parte, en el ámbito del derecho, existen numerosas investigaciones en torno al sistema de salud colombiano y a todas las implicaciones que se han dado en los últimos gobiernos. La salud es un tema que hace parte de la esfera social y política colombiana y ante la deficiencia de derechos y servicios que establezcan y garanticen una efectividad en la salud para los ciudadanos, sigue siendo un tema controversial en Colombia.

Ahondar en el tema del Sistema de Salud colombiano desde una perspectiva bibliográfica comprende una utilidad en el campo académico. Esto se observa desde un punto de vista crítico y además histórico, debido a que es fundamental que se reconozca cuál ha sido la historia del derecho a la salud, desde su concepción en la constitución, y porqué se ha llevado a entender como parte de los derechos fundamentales del ser humano. Solo a partir del reconocimiento histórico se plantea una crítica constructivista para afianzar la evolución del derecho a salud en Colombia. Esto trae como beneficio, un enfoque más claro y preciso sobre esta temática.

1.2. Marco Teórico y Estado del Arte

En los últimos años ha sido más frecuente la elaboración de revisiones de la literatura en relación con temas específicos y de especial interés. Para el caso de la presente investigación se exponen algunos referentes bibliográficos sobre el derecho a la salud y el sistema de salud en Colombia.

Autor(es): Francisco José Yepes Luján

Título: Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993

Institución: Revista Gerencia y Políticas de Salud – Pontificia Universidad Javeriana

Año: 2010

Descripción: En esta investigación se realiza una presentación de los hallazgos de una revisión sistemática de la literatura sobre el desempeño de la reforma colombiana de la salud realizado conjuntamente por la Asociación Colombiana de la Salud (Assalud) y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, entre 2004 y 2008. Dada la complejidad del tema objeto de revisión y la multiplicidad de metodologías empleadas en los diversos estudios, se adoptó la “síntesis narrativa” como la metodología a ser utilizada en el artículo.

Autor(es): Ingrid Vargas-Lorenzo, M. Luisa Vázquez-Navarrete y Amparo S. Mogollón-Pérez

Título: Acceso a la atención en salud en Colombia

Institución: Revista de Salud Pública

Año: 2010

Descripción: Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados entre 1994 y 2009. Se incluyeron 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas que cumplían los criterios de selección. El análisis se enmarcó en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado y consideran las características de la población, proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización.

Autor(es): Calderón, Carlos Alberto Agudelo; Botero, Jaime Cardona; Bolaños, Jesús Ortega; Martínez, Rocío Robledo.

Título: Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas.

Institución: Revista Ciência & Saúde Coletiva

Año: 2011

Descripción: Se presentó una visión general de algunos de los procesos clave y los resultados del Sistema Nacional de Salud de Colombia. Se realizó una revisión sistemática de la literatura para evaluar la calidad de la evidencia publicada en revistas indexadas y la literatura no publicada en revistas. Entre los resultados se halla que el sistema de salud ha contribuido a mejorar los ingresos de los sectores más pobres, pero las desigualdades persisten debido a la falta de cobertura universal, las diferencias en los planes de salud y gastos del sistema de acuerdo a los ingresos de la población. Los avances realizados en el Sistema Nacional de Salud han sido positivos, pero no se ha logrado la universalidad y esto ha estancado en los asuntos relacionados con el acceso a los servicios y la igualdad.

Autor(es): Ludovic Reveiz, Evelina Chapman, Rubén Torres, James F. Fitzgerald, Adriana Mendoza, Mónica Bolis y Osvaldo Salgado

Título: Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura

Institución: Revista de Panamericana de Salud Pública

Año: 2013

Descripción: Se evaluaron estudios que analizaron las características de los litigios por derecho a la salud identificados mediante una búsqueda en PubMed, LILACS, Biblioteca Cochrane, Scirus (abril, 2012). Dos revisores evaluaron los estudios. Las variables recabadas fueron, entre otras: causales de litigio, proporción de demandas por beneficios cubiertos por el sistema de salud y demandas por tecnologías de alto costo. Se identificaron 30 estudios (Brasil 19, Colombia 10 y Costa Rica 1). La decisión judicial fue frecuentemente favorable para los demandantes: Colombia (75%–87%), Costa Rica (89,7%) y Brasil (70%–100%). En Colombia las demandas se efectuaron por beneficios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (rango 41%–69,9%).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar la evolución del derecho fundamental a la salud en Colombia a partir de una revisión sistemática de la literatura y la jurisprudencia.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Estudiar el concepto del derecho a la salud y su condición de derecho fundamental dentro del ordenamiento jurídico colombiano.

- Identificar los ejes temáticos que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha determinado frente a la salud como derecho fundamental, desde la sentencia T/760 de 2008 hasta el año 2016.

1.4. Metodología

El diseño de la presente investigación corresponde a un diseño de revisión de la literatura que “consiste en detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación” (Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p. 53).

En el caso particular se propone realizar un estudio de tipo descriptivo que permita mediante un método inductivo establecer una revisión bibliográfica y jurisprudencial que permita analizar la problemática del derecho a la salud que llevó a elevarlo a derecho fundamental y así extraer conclusiones de carácter general.

A partir de las observaciones sistemáticas de la realidad se descubre la generalización de un hecho y una teoría. Se emplea la observación y el análisis para llegar a las generalidades de hechos que se repiten una y otra vez con relación a la evolución del sistema de salud colombiano.

Siguiendo la metodología Cochrane sobre Revisiones sistemáticas de la Literatura se establecen los siguientes parámetros:

- **Formulación del Problema:** El primer paso es identificar el problema y formular una pregunta muy bien acotada al problema en cuestión.
- **Localización y selección de los estudios primarios:** Para esto deben definirse los criterios de selección de la bibliografía, se deben seleccionar palabras clave, y así mismo los buscadores en los cuales se va a realizar la búsqueda
- **Evaluación de la calidad metodológica de los estudios:** Se refiere a la valoración de validez interna y posibles sesgos que puedan tener los estudios hallados

- Extracción de datos: Confeccionar una planilla con toda la información de los artículos primarios (año de publicación, título, autores, revista, resultados principales y secundarios de los estudios, y evaluación metodológica de estos).
- Presentación de los resultados: Al redactar el informe se ha de considerar que la base de la revisión es la sistematización por lo cual deben estar incluidos de forma clara y detallada todos los pasos del proceso de desarrollo de la revisión, con el fin de que cualquier lector que desee repetir el estudio pueda realizarlo. Se hará mediante un diagrama de flujo
- El metaanálisis: El objetivo del Metaanálisis es la integración de los estudios y la posterior obtención de información global de los resultados aportados por cada uno de ellos, en palabras de Glass, McGaw & Smith (1981), el metaanálisis es “el análisis de una colección amplia de análisis de resultados de estudios individuales, con el objeto de integrar los hallazgos” (p. 15), esto implica el análisis de los documentos seleccionados con el propósito de relacionar los hallazgos de cada uno de los estudios en relación con el tema propuesto. En esta parte de la revisión sistemática no se realiza ninguna intervención subjetiva por parte del autor, este paso corresponde solamente a la exposición de los resultados de cada uno de los documentos, para encontrar la homogeneidad de los mismos.

1.5. Resultados esperados

Con los resultados esperados se espera condensar un documento que permita recopilar la evolución del derecho a la salud colombiano—hasta convertirse, por virtud de la Ley 1751 de 2015, en un derecho fundamental.

2. Revisión Sistemática

2.1. Formulación del Problema

¿Cómo ha sido la evolución del derecho a la salud para ser considerado derecho fundamental en Colombia a partir de la literatura y la jurisprudencia?

2.2. Localización y selección de los estudios primarios

2.2.1. Localización y selección de los documentos

Para la selección de estudios se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Diseño de estudios: Estudios sobre la historia del derecho la salud en Colombia
- Intervención: Deben implicar el concepto de salud posterior al considerado en la constitución de 1991
- Resultados: Perspectivas de la evolución de la salud en Colombia
- Temporalidad: Estudios entre 1991 y 2016
- Idioma: Estudios en inglés y español
- Otros estudios: Jurisprudencias desde la sentencia T/760 de 2008 hasta el año 2016

Criterios de exclusión

- Estudios que no especifiquen el concepto
- Estudios sobre el concepto de salud que no sea desde una perspectiva histórica
- Estudios sobre el concepto de salud que sean desde una perspectiva histórica más atrás de 1991

- Estudios que relacionen otras variables con el tema propuesto, es decir, que implique además de la salud, otros temas que puedan sesgar el concepto de salud.
- Estudios que no tengan resultados claros
- Estudios anteriores a 1991

La ecuación de búsqueda o palabras claves que se utilizarán son:

TITLE-ABS-KEY (Salud AND (Colombia) AND (historia OR evolución))

La búsqueda se hará en las siguientes bases de datos:

- Redalyc (<http://www.redalyc.org/>)
- Scielo (<http://www.scielo.org/php/index.php>)
- Dialnet (<https://dialnet.unirioja.es/>)

2.2.2. Localización y selección de jurisprudencias

Para la selección de leyes y jurisprudencias se tendrán en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Jurisprudencias que definan la salud como derecho fundamental
- Jurisprudencias posteriores a la Sentencia T/760 de 2008 sobre el derecho a la salud

Criterios de exclusión

- Jurisprudencias que no definan la salud como derecho fundamental
- Jurisprudencias que sean anteriores a la Sentencia T/760 de 2008 sobre el derecho a la salud

La ecuación de búsqueda o palabras claves que se utilizarán son:

“Salud” AND “derecho fundamental”

Para la búsqueda de las leyes y jurisprudencias se realizará la búsqueda en la siguiente página:

- Corte constitucional (www.corteconstitucional.gov.co)

2.3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios

Para lo evaluación de la calidad metodológica de los estudios se establecerá una matriz de extracción de datos, la cual tendrá las variables que deben tener cada artículo para ser seleccionado. En caso tal de que alguna variable no esté en relación con el tema o no sea clara, el estudio será descartado.

2.4. Extracción de datos

2.4.1. Extracción de datos de los artículos seleccionados

Tabla 1. Extracción de datos de los artículos seleccionados

Año	Título	Autores	Revista	Resultados Principales	Evaluación metodológica
2007	A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad	Restrepo V., Román	Revista Facultad Nacional de Salud Pública	Se analizan los conceptos introducidos por la Ley 1122 de 2007 y posteriormente se aborda lo que la mencionada norma establece al respecto, así como sus consecuencias.	Revisión conceptual
2009	La salud como derecho en Colombia. 1999-2007	Mónica Cecilia Moreno Moreno y María Victoria López López	Revista Gerencia y Políticas de Salud	El estudio muestra dos perspectivas para configurar la política de salud: la libertad de mercado como mejor opción para asegurar la	Revisión histórica

				atención a la salud o la garantía de la salud desde el Estado como responsable fundamental.	
2011	Sistema de salud de Colombia	Ramiro Guerrero, Ana Isabel Gallego, Victor Becerril-Montekio, Johanna Vásquez,	Salud Pública de México,	Son múltiples los retos que todavía enfrenta el sistema de salud colombiano. Se plantean las dificultades vinculadas con la consecución de la universalidad y la eficiencia en un contexto de solidaridad.	Revisión conceptual
2011	Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas	Carlos Alberto Agudelo Calderón, Jaime Cardona Botero, Jesús Ortega Bolaños, Rocío Robledo Martínez	Ciência & Saúde Coletiva	El avance del SGSSS es positivo, pero no ha logrado alcanzar la universalidad y se ha estancado en acceso a los servicios y equidad.	Revisión de la literatura

2012	Derechos Sociales Fundamentales, problemática hermenéutica en el derecho a la salud en Colombia	Diego Mauricio Higuera Jiménez, Edwin Hernando Alonso Niño	Revista Via Iuris	Se estructura desde un concepto evolucionado de derechos subjetivos, lo cual permitirá entender la situación actual del derecho a la salud, entendido como un derecho social fundamental que es factiblemente materializarlo a través de la vía judicial, amparado en el paradigma de la Constitución material	Revisión conceptual
2012	La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano	Franco-Giraldo, Álvaro	Revista de Salud Pública	Se discute la reforma a partir de la ley 1438 del 2011, en relación con el alcance del derecho a la salud, el acceso y la equidad global.	Revisión conceptual
2012	Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada	Anderson Rocha-Buelvas	Espacio Abierto	Se considera que es improbable un desarrollo	Revisión conceptual

				social con equidad y dignidad a causa de las transformaciones lideradas hasta el gobierno saliente en el año 2010.	
2013	Alcances del derecho a la salud en colombiana revisión constitucional, legal y jurisprudencial	Elena Cárdenas Ramírez	Revista de derecho: División de Ciencias Jurídicas de la Universidad del Norte,	Este trabajo pretende revisar la evolución del derecho a la salud desde tres puntos de vista: constitucional, legal y jurisprudencial, durante estos últimos 20 años.	Revisión constitucional legal y jurisprudencial
2013	Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura	Carlos Andrés Merlano-Porras, Iouri Gorbanev	Revista Gerencia y Políticas de Salud	La contribución que hace la Academia colombiana a la reflexión sobre el sistema de salud durante sus veinte años de existencia es poco relevante para el debate nacional	Revisión de la literatura
2015	La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el	Oscar Bernal, Samuel Barbosa,	Salud pública de México	La salud en Colombia es ahora un derecho	Revisión conceptual

	aseguramiento y el sistema de salud			fundamental que tiene que ser provisto y protegido por el Estado y esto presenta grandes retos para el sistema de salud colombiano	
--	-------------------------------------	--	--	--	--

2.4.2. Extracción de datos de las jurisprudencias

Tabla 2. Extracción de datos de las jurisprudencias

EJE TEMÁTICO	SENTENCIAS
Recopila múltiples fallos de tutelas sobre el derecho a la salud como derecho fundamental, concretamente, en el acceso a servicios de salud que se requieren. De igual forma, retoma todos los conceptos principales que definen la salud como derecho fundamental	T-760/08; A. 552A/15; A. 205/16
La salud como derecho fundamental frente a enfermedades catastróficas	T-816/08; T-057/11; T-854/11; T-805/13; T-920/13; T-196/14; T-499/14; T-081/16; T-130/16
El derecho a la salud como derecho fundamental en relación con otros derechos fundamentales	T-820/08; T-999/08; T-003/09; T-053/09; T-365/09; T-650/09; T-069/11; T-861/12; T-539/13; T-745/13; T-919/13; T-627/14; T-121/15; T-131/15; T-171/15; T-226/15; T-362/16
El derecho a la salud de carácter fundamental en personas con condiciones de vulnerabilidad	T-866/08; T-499/09; T-677/10; T-094/11; T-285/11; T-304/11; T-846/11; T-866/11; T-046/12; 066/12; T-755/12; T-905/12; T-408/13; T-782/13; T-873/13; T-888/13; T-933/13; T-949/13; T-118/14; T-304/14; T-395/14; T-743/14; T-762/14; T-012/15; T-056/15; T-076/15; T-089/15; T-210/15; T-239/15; T-406/15; T-094/16; T-310/16
El derecho a la salud de carácter fundamental en los niños	T-503/09; T-636/10; T-795/10; T-1038/10; T-893/10; T-392/11; T-408/11; T-452/11; T-021/12; T-048/12; T-110/12; T-286A/12; T-

	464/12; T-478/12; T-652/12; T-864/12; T-808/12; T-905/12; T-989/12; T-036/13; T-206/13; T-209/13; T-374/13; T-392/13; T-425/13; T-450A/13; T-482/13; T-520/13; T-586/13; T-667/13; T-675/13; T-796/13; T-875/13; T-048/14; T-325/14; T-540/14; T-650/14; T-056/15; T-215/15; T-231/15; T-678/15; T-362/16
La salud como derecho fundamental de carácter prestacional	T-658/09; T-970/10; T-052/11; T-063/011; T-134/11; T-840/11; T-955/11; T-064/12; T-073/12; T-103/12; T-229/12; T-311/12; T-321/12; T-467/12; T-520/12; T-858/12; T-886/12; T-975/12; T-1041/12; T-1065/12; T-1087/12; T-133/13; T-165/13; T-199/13; T-679/13; T-361/14; T-662/14
La salud como derecho fundamental de carácter autónomo	T-880/09; T-584/10; T-650/10; T-757/10; T-1055/10; T-320/11; T-525/11; T-770/11; T-845/11; T-971/11; T-070/12; T-081/12; T-083/12; T-433/12; T-473/12; T-503/12; T-926/12; T-931/12; T-959/12; T-1092/12; T-020/13; T-039/13; T-073/13; T-095/13; T-111/13; T-161/13; T-180/13; T-323/13; T-408/13; T-539/13; T-545/13; T-563/13; T-920/13; T-054/14; T-108/14; T-141/14; T-142/14; T-153/14; T-249/14; T-266/14; T-361/14; T-405/14; T-519/14; T-568/14; T-611/14; T-639/14; T-681/14; T-691/14; T-714/14; T-716/14; T-791/14; T-802/14; T-815/14; T-876/14; T-920/14; T-944/14; T-249/15; T-121/15; T-299/15; T-313/15, T-599/15, T-609/15, T-719/15, T-002/16, T-115/16,

	T-301/16
El derecho a la salud de carácter fundamental en personas con condiciones de vulnerabilidad, como la tercera edad	T-360/10; T-091/11; T-728/11; T-067/12; T-110/12; T-150/12; T-1060/12; T-033/13; T-036/13; T-057/13; T-089/13; T-243/13; T-320/13; T-919/13; T-160/14; T-076/15
El derecho al diagnóstico como parte del contenido del derecho fundamental a la salud	T-452/10; T- 022/11; T-566/12; T-964/12; T-543/14
El derecho a la salud como derecho fundamental y como servicio público	T-471/10; T-689/10; T-195/11; T-548/11; T-081/12; T-344/12; T-728/12; T-214/13; T-337/13; T-418/13; T-594/13; T-671/13; T-781/13; T-804/13; T-922A/13; T 381/14; T-499/14; T-676/14; T-159/15
Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011	C-936/11

2.5. Presentación de los resultados

2.5.1. Presentación de los resultados de los documentos

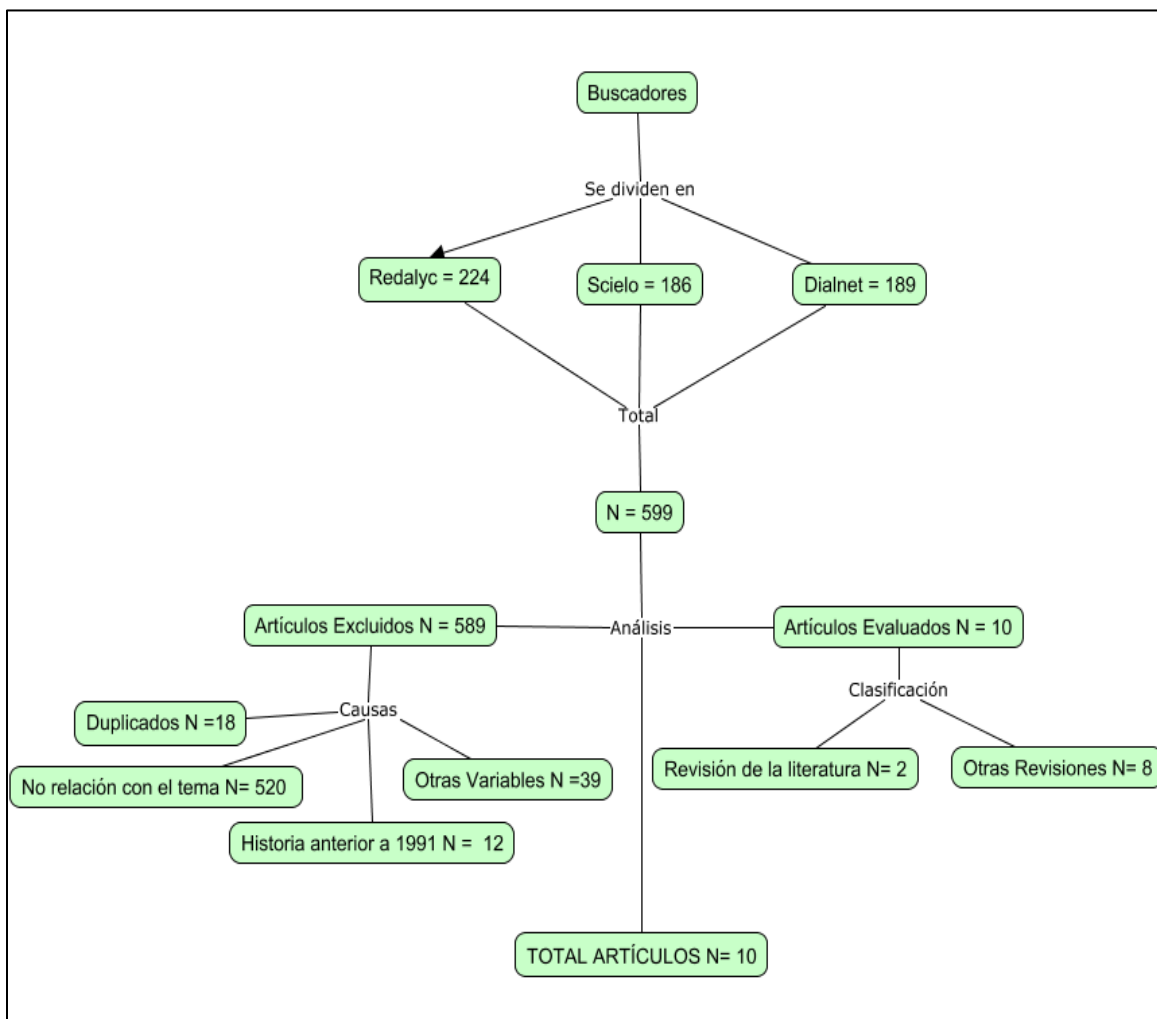


Figura 1. Presentación de los resultados de los documentos

2.5.2. Presentación de los resultados de las jurisprudencias

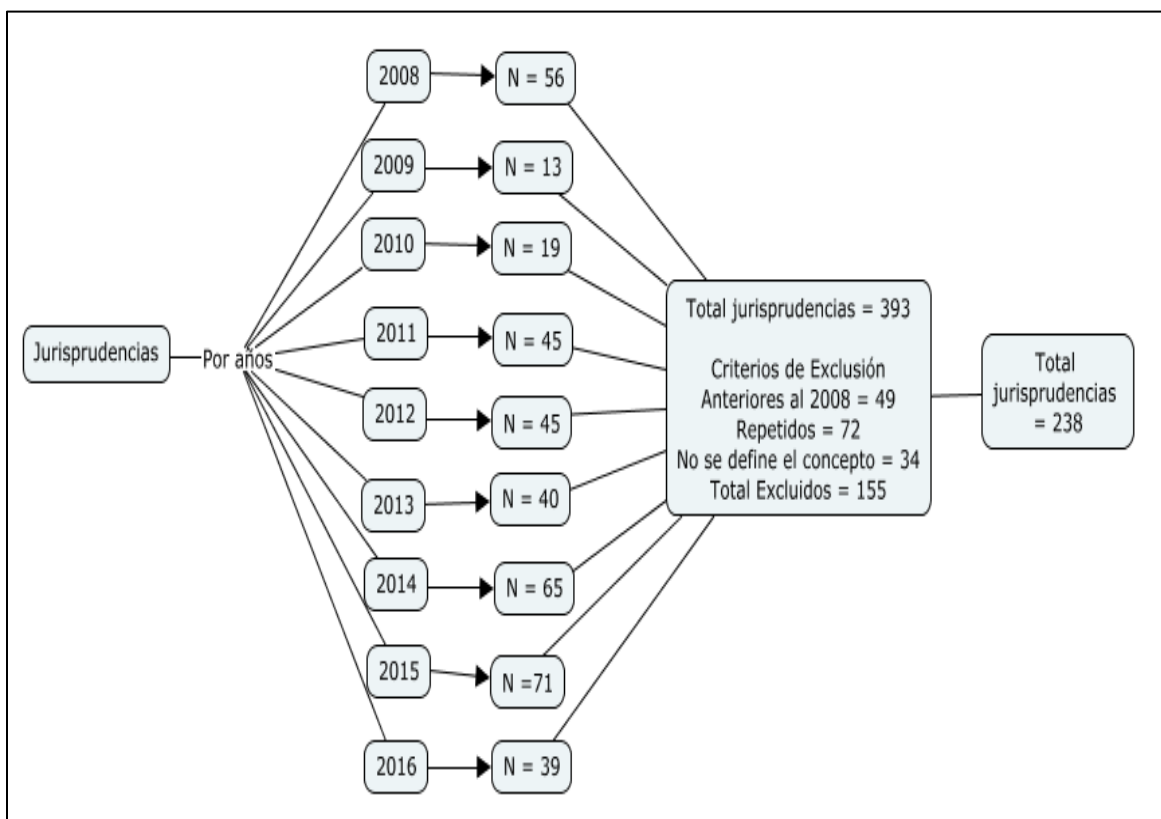


Figura 2. Presentación de los resultados de las jurisprudencias

2.6. Análisis de los resultados

En las siguientes figuras se observan los resultados obtenidos de la recopilación de los documentos y jurisprudencias de acuerdo a los diagramas sobre la presentación de los resultados y a las tablas de extracción de datos:

En la Figura 3 se presentan el número de artículos encontrados en cada buscador y su respectivo porcentaje. Se observa que en Redalyc se halló un mayor número de artículos (37%) pero en los tres buscadores la diferencia no fue muy grande.

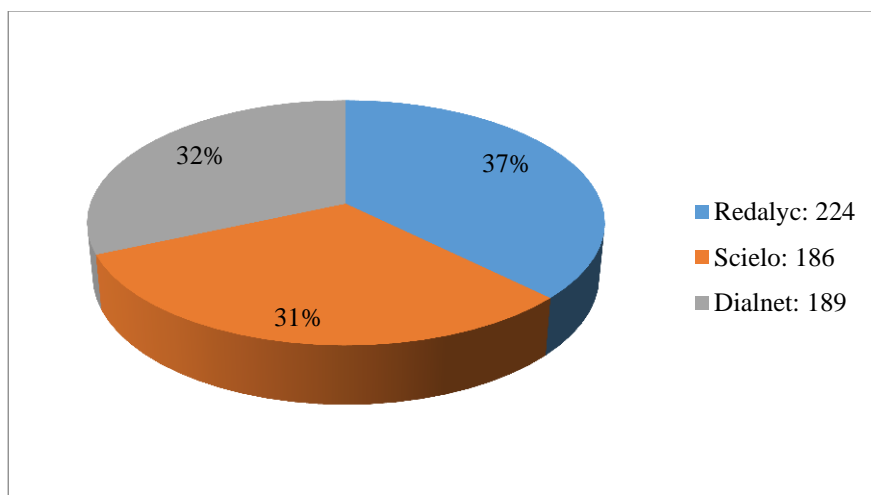


Figura 3. Número de documentos por buscadores electrónicos

En la Figura 4 se presentan el número de artículos excluidos y evaluados y su respectivo porcentaje. Se observa que el número de artículos excluidos fue de 589 lo que representa el 98% del total de artículos, y el número de artículos evaluados fue de 10 lo que representa el 2%.

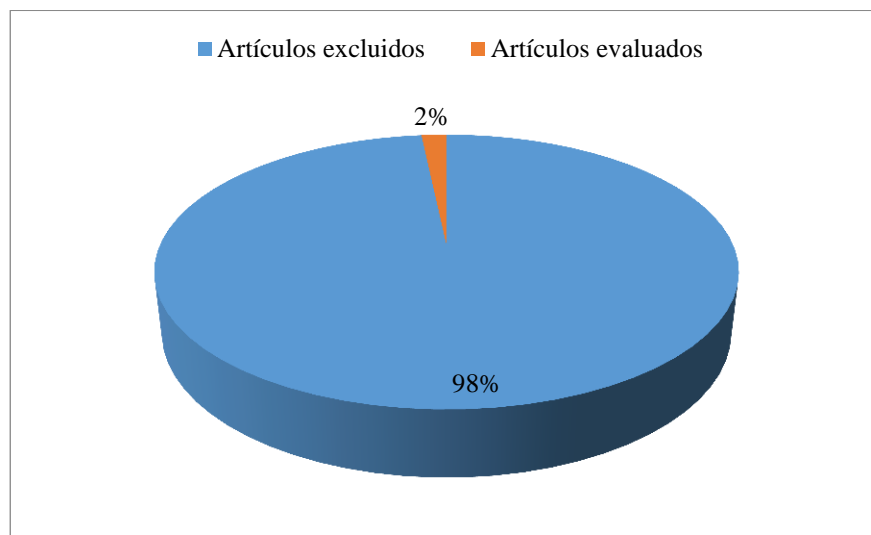


Figura 4. Número de artículos excluidos y evaluados

En la Figura 5 se presentan el número de artículos clasificados por los criterios de exclusión y su respectivo porcentaje. Se observa que el mayor número de artículos excluidos

corresponde al criterio de no tener relación con el tema (88%), seguido por los artículos que involucraron otras variables (7%), después por los artículos duplicados (3%) y los que trataban sobre la historia de la salud anterior a 1991 (2%).

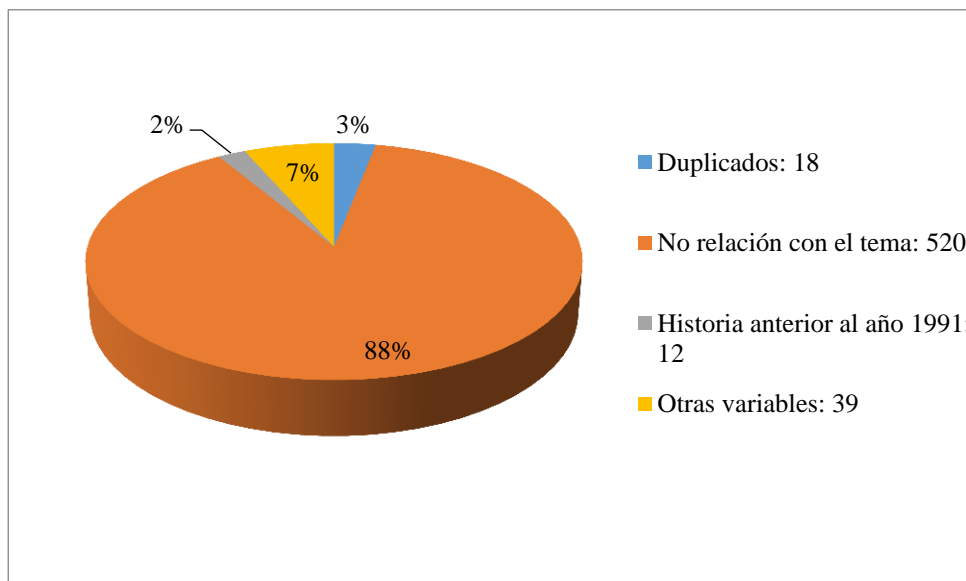


Figura 5. Número de artículos por criterio de exclusión

En la Figura 6 se presenta la clasificación metodológica de los artículos y su respectivo porcentaje. Se observa que el mayor número de artículos (6) poseen una metodología de revisión conceptual (60%), seguido por (2) artículos de revisión de la literatura (20%), 1 artículo de revisión histórica (10%) y 1 artículo de revisión constitucional, legal y jurisprudencial (10%).

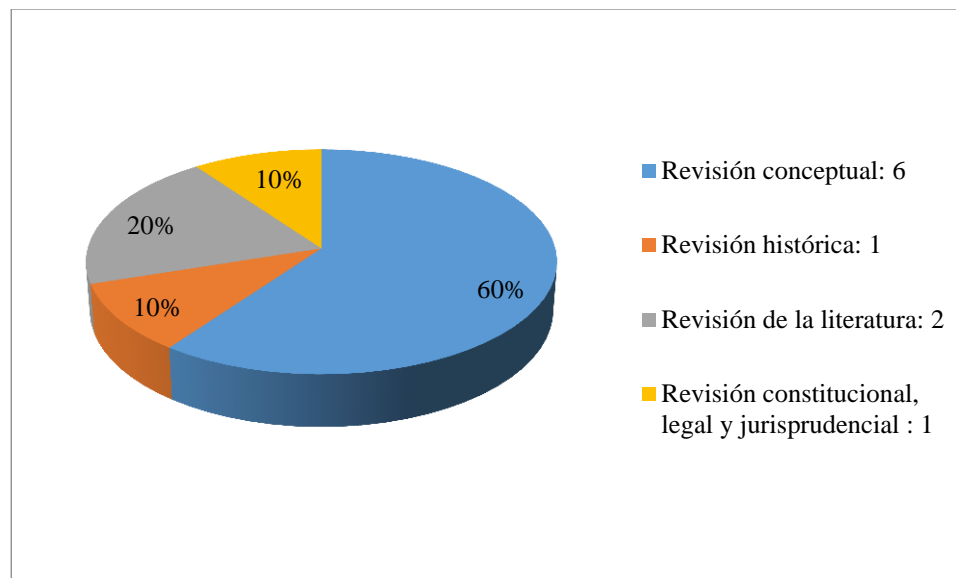


Figura 6. Número de artículos por clasificación metodológica

En la Figura 7 se presentan el número de jurisprudencias excluidas e incluidas y su respectivo porcentaje. Se hallaron 393 jurisprudencias en total: el 61% del total de las jurisprudencias fueron incluidas frente al 39% de jurisprudencias que fueron excluidas.

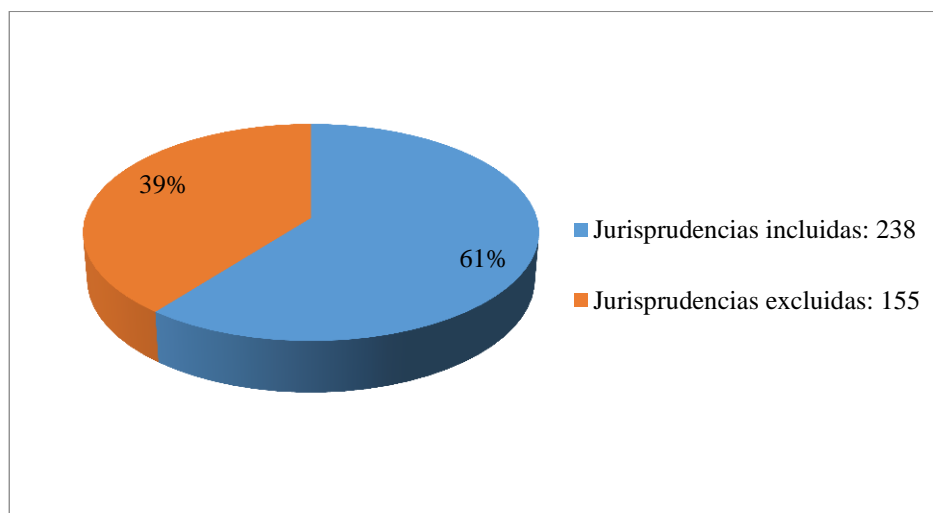


Figura 7. Número de jurisprudencias excluidas e incluidas

En la Figura 8 se presenta el número de jurisprudencias clasificadas según los criterios de exclusión y su respectivo porcentaje. Se observa que el mayor número de jurisprudencias

excluidas corresponde a que se encontraron repetidas (46%), seguido por las jurisprudencias que se hallaron anteriores al año 2008 (32%) y las jurisprudencias que no definen el concepto de salud (22%).

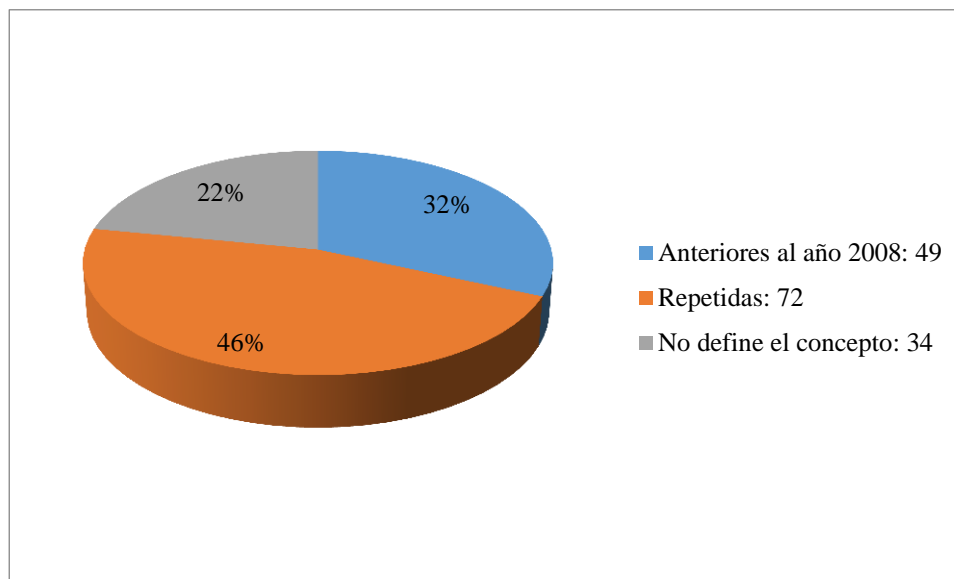


Figura 8. Número de jurisprudencias por criterios de exclusión

Finalmente, en la Figura 9 se presenta el número de jurisprudencias clasificadas según los ejes temáticos y su respectivo porcentaje. Se observa que el mayor número de jurisprudencias corresponden a jurisprudencias que tratan el tema de la salud como derecho fundamental autónomo (27,7%), seguido por jurisprudencias que tratan la salud como derecho fundamental en los niños (18,1%), y en tercer lugar, están las jurisprudencias sobre la salud como derecho fundamental en personas en condiciones de vulnerabilidad (13,4%)

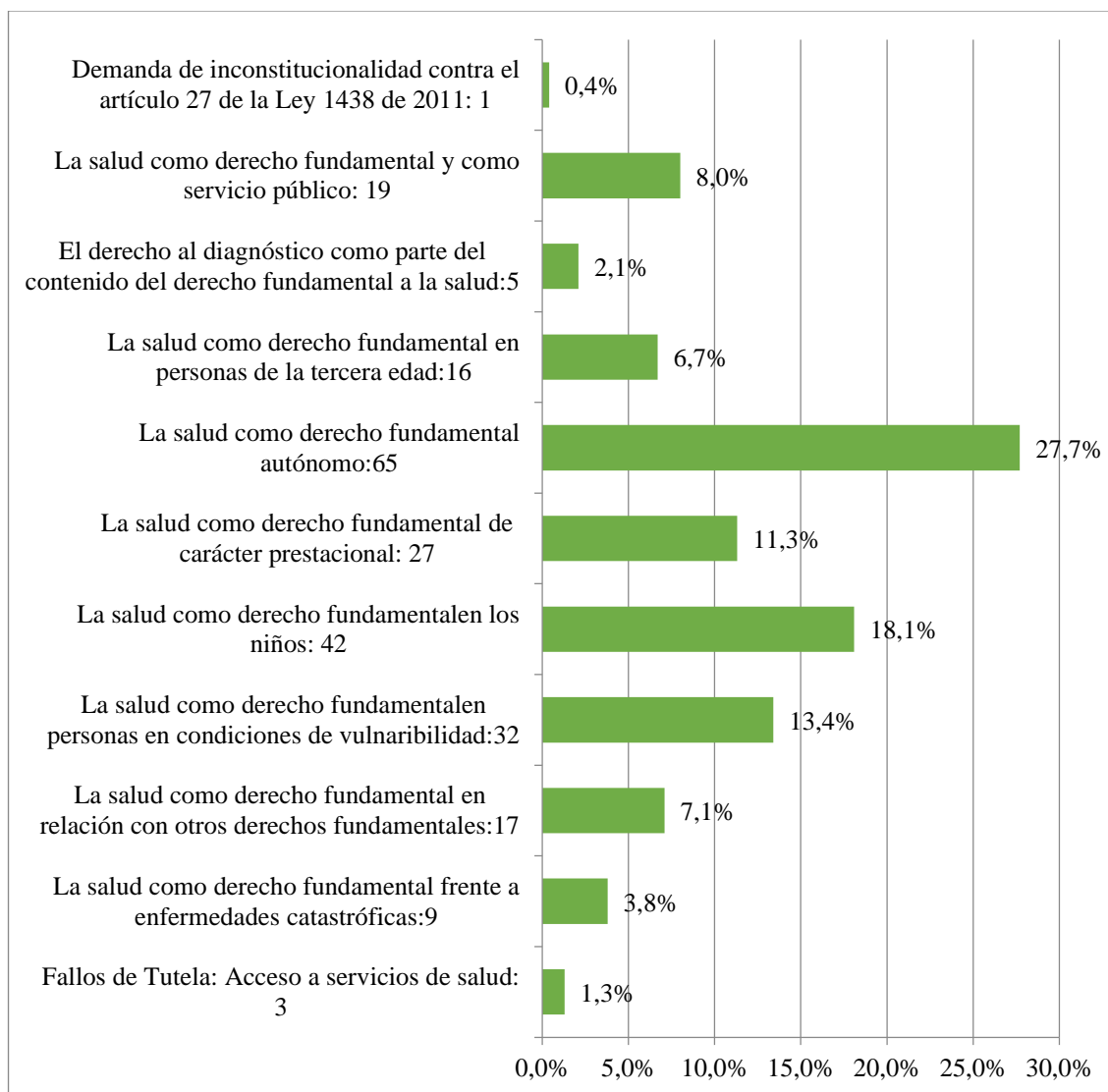


Figura 9. Número de jurisprudencias por ejes temáticos

2.7. Metaanálisis de los artículos

El concepto de salud se puede clasificar desde perspectivas distintas, a saber, la salud como derecho, como sistema, como sector y como estado físico de una persona. La salud como derecho de acuerdo a la Ley 1751 de 2015 “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” además “es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”.

La salud como sistema “es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud” (Ley 1751 de 2015).

El sector de la salud se define como “el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población” (OMS, 2005). Y finalmente la OMS (1946) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En el estudio de Román (2007) se indaga sobre la consideración de la salud en la Constitución de 1991 y en la Ley 100 de 1993 y los alcances que ha tenido hasta el año 2007. En primera medida asegura que la Constitución de 1991 consagró la seguridad social como un derecho irrenunciable bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en el artículo 44, “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (Constitución de 1991). En ello, Román (2007) hace hincapié en la necesidad de la universalidad como derecho irrenunciable para todos los habitantes del territorio nacional.

Como consecuencia, la ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social e Integral, establece a partir del segundo artículo los principios que rigen esta ley “El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación” (Ley 100 de 1993). En esta misma ley también se indicó que para el año 2000 todos los colombianos estarían afiliados al sistema de salud en cualquiera de los regímenes (contributivo o subsidiado) y que el plan de beneficios para todos sería igual que el contributivo. Sin embargo, hacía al 2006 se hizo

manifiesto que no se había logrado esa meta y se lanzó el proyecto de Ley 01 de 2006 cuya exposición de motivos señalaba que, “a pesar de lo dispuesto en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 y en la Carta constitucional, hasta ahora no ha sido posible lograr la cobertura universal de aseguramiento como servicio público de carácter obligatorio” (Proyecto de Ley 01 de 2006); cuestión que es confirmada por Proyecto de Ley 02 de 2006 a la cabeza del Ministerio de protección, al indicar que es preocupante que el 18% de la población, casi 7 millones de personas, no estén aseguradas en ninguno de los regímenes y que precisamente, la mayoría de esta población provenga de los niveles más pobres.

De esta forma, surge la idea de reformar el sistema de salud mediante la Ley 1122 de 2007, la cual plantea, en el ámbito de la universalidad, en términos de cobertura. El artículo 9 de la Ley 1122 proclama que, “el sistema general de seguridad social en salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos de afiliación al Sistema” (Ley 1122 de 2007), así mismo en el numeral b) del artículo 11 de esta misma ley se señala que “en todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población del Sisbén 1, 2 y 3” (Ley 1122 de 2007). Ante ello, Román (2007) asegura que este concepto de universalidad planteado en esta ley es muy ambiguo ya que habla en términos de cobertura, pero está queda limitada a la capacidad de pago de las personas. De esta forma las personas que tengan una mayor capacidad de pago tendrán mayor cobertura de servicios y las que no solo tendrán derecho a una parte de los servicios. Así el autor manifiesta que,

A pesar del poder de la Ley, se presenta frente a lo aquí dispuesto una discusión académica frente a la utilización y redefinición de asuntos vitales, como los de universalidad y salud pública, asumiendo conceptos aquí, claramente regresivos, no solo de los avances ya hechos en el país, sino respecto del concierto internacional, por lo menos en el ámbito académico (Román, 2007, p. 103).

En el artículo de Moreno & López (2009) se presenta un análisis de la salud como derecho entre los años 1999-2007. Allí se argumenta que el enfoque de la salud como derecho se

sustenta en la convicción de que la garantía del derecho podrá resolver las inequidades de salud, sin que haya discriminación social o económica para los colombianos. Con ello se plantean otras alternativas para orientar la calidad de los servicios de salud en términos de acceso, reconocimiento de poblaciones, beneficios, igualdad, en un marco de democracia y desarrollo social. Se inicia la discusión partiendo del concepto de la salud dentro de un marco sociopolítico, basado en la Constitución política de 1991, en el cual se plantea el término de salud como derecho universal. Desde una perspectiva social, se habla de diversos factores que han afectado la efectividad de este derecho, como la cobertura, el acceso, la inequidad de la situación en los hospitales, transformaciones laborales en el sistema de salud, entre otras.

Moreno & López (2009) aseguran que la situación del derecho a la salud debe reconocerse en primer lugar, sobre la base del modelo neoliberal que mueve el desarrollo del mercado y que está inscrito en el sistema de salud. Al igual que las relaciones que tiene la salud con la educación, la cultura, lo económico, social y político del momento. En esta perspectiva, se señala que la principal coyuntura de la salud se encuentra identificada con tres dimensiones,

Una que implica a los poderes públicos y a las personas para abstenerse de dañar o atentar contra la salud y la integridad física de las personas; otra dimensión tiene que ver con la garantía de condiciones de prestación sanitaria individuales a cargo de los poderes públicos y, por último, la que se refiere a condiciones de carácter preventivo en lo laboral, lo ambiental y la salud pública (Moreno & López, 2009, p. 147).

Esto indica que estos aspectos se enfocan en el reconocimiento y la garantía de los derechos sociales como la salud, que el Estado debe asegurar mediante acciones que conlleven a condiciones de dignidad para todos. Se hace un llamado también a ampliar la discusión de la salud como derecho, no solo desde una perspectiva sobre la administración de riesgos, sino sobre la salud como derecho humano, en términos de “universalidad, irrenunciabilidad, irreversibilidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y su carácter individual y social” (Moreno & López, 2009).

Establecer la salud como derecho surge de la creciente preocupación sobre las condiciones económicas en las que se desarrolla la salud colombiana, lo cual lleva a plantear

discusiones sobre la distribución de los recursos para atender las necesidades de las personas en materia de salud. Para ello debe plantearse la universalización en relación con la equidad, debido a que la preocupación se centra en la cantidad de recursos, más no en la distribución de estos, que es uno de los factores que causa esta problemática.

Para resolver esta problemática se debe plantear un debate en la esfera de lo público sobre el nuevo modelo de salud y con esto, des-mercantilizar la salud y la atención a través de otras posibilidades de financiar el sistema de salud. También considerar los distintos actores que diseñan estos modelos y la importancia de los recursos para implementarse este nuevo modelo, “los problemas de acceso y de calidad requieren trascender una mirada de la atención ligada a la relación médico paciente y preocuparse por los procedimientos previos y posteriores a esta, por el bienestar y óptimas condiciones de vida” (Moreno & López, 2009); es decir, construir el derecho a la salud bajo un eje de justicia social y una sociedad más humana.

Por otra parte, Guerrero et al. (2011) realizan un estudio sobre las condiciones de salud en Colombia y un análisis del funcionamiento del Sistema de Salud. A nivel histórico plantean los principales hitos que han marcado el sistema colombiano de salud (Guerrero et al., 2011):

- 1991 Incorporación a la Constitución Política del derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público bajo la dirección, coordinación y control del Estado
- 1993 Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100)
- 2002 Creación del Ministerio de Protección Social mediante la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- 2006 Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
- 2007 Aprobación de la Ley 1122 que introduce modificaciones al SGSSS / Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010

El sistema general de seguridad social en salud creado con la ley 100 ha logrado un esquema fundamental que hasta la actualidad persiste a pesar de sus reformas, es un proceso que implica la participación público privada que tiene por objetivo alcanzar la universalidad de la seguridad social. Esto incluye una nueva estructura que introduce un estatus laboral sin discriminación y distintos mecanismos para financiar la salud de los ciudadanos. Con la ley 1122 de 2007, la universalidad se plantea en términos de cobertura que se puede lograr gracias a la existencia de un plan de servicios explícito y el presupuesto asignado para reducir las inequidades de financiamiento en la población. Guerrero et al. (2011) también señalan que las brechas de acceso entre los que tienen más capacidad adquisitiva y los que no se han disminuido en las dos últimas décadas.

Reconocen que el sistema de salud colombiano aún enfrenta diversos retos, entre los cuales está lograr la universalidad y la eficiencia. La universalidad debió lograrse en el año 2001 pero tardó más debido a las restricciones fiscales al igual que la equidad en los planes de salud. Esta problemática también se inscribe a la informalidad laboral, ya que, según los autores, muchas personas a causa de su situación económica deberían estar afiliadas al régimen contributivo. Se deben fijar límites de cobertura de tal manera que sea acatada y respetada por la comunidad médica y judicial. Así mismo, “el fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención”. Ante ello, se debe presentar una mejor regulación y supervisión del sector público y privado para que se logre solventar esta problemática.

Agudelo et al. (2011) realiza un estudio sobre los avances que ha tenido el sistema de salud en Colombia, y la perspectiva en materia de universalidad y cobertura. Una de las mayores preocupaciones de los investigadores en el campo de la salud es el impacto de la reforma en la reducción de las desigualdades sociales e inequidades que resultan de la falta de justicia social, a ello, se asocian factores como los ingresos, la pobreza, la educación, la ubicación geográfica, y también indicadores de mortalidad y morbilidad. Así mismo se ha hecho énfasis en estudios sobre la distribución del ingreso y el avance del sistema en relación con la afiliación, el gasto y

subsidios. Aunque el ingreso en la salud no ha mejorado sustancialmente desde 1993 se ha indicado que el gasto público en salud para 1997 se distribuyó de manera uniforme en la hospitalización debido a que las intervenciones más complejas se realizan en mayor número en los hospitales porque son públicos, y en maternidad debido a que los más pobres presentan un mayor número de niños que los ricos.

Sin embargo, a partir del 2010 se aprobó una ley que dio permanencia a nuevos recursos y el inició de un proceso legislativo para reformar la ley 100 que finalmente concluyó en la ley 1438 de 2011. En esta ley se propuso que el año 2015 sería el plazo máximo para lograr la cobertura universal, así como la actualización y unificación del POS. Según Agudelo et al. (2011) se han generado avances en términos de universalidad, sobre todo para materializar el derecho a la salud y destacan que el sistema general de salud no puede ser concebido como un fracaso rotundo ya que ha logrado avances en la cobertura y en el financiamiento para la equidad.

Desde un punto de vista jurídico, Higuera & Alonso (2011) realizan un estudio acerca del derecho a la salud desde la consideración de derecho subjetivo y derecho social fundamental. Con la Constitución de 1991 quedó formalmente plasmado el derecho a la salud y la función del Estado de “organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional” (Higuera & Alonso, 2011, p. 19). Cuando se hace referencia al derecho a la salud, se retoman los planteamientos de la sentencia T-760 de 2008 en la cual se manifiesta que el derecho a la salud es un derecho fundamental de básica necesidad humana “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad” (Higuera & Alonso, 2011, p. 19), este derecho genera interdependencia entre los derechos debido a su necesidad primaria.

Se establece así, que el derecho a la salud, es un derecho fundamental y por tal razón impone la obligación del Estado para garantizarlo; sin embargo, la Corte Constitucional ha declarado que la salud es un derecho de carácter prestacional y un servicio público que se encuentra bajo la tutela del Estado; por esto, no se considera en primer lugar un derecho

fundamental, sino que es exigido mediante acción de tutela. A pesar de ello, también se ha asegurado que la naturaleza del derecho de la salud no depende exclusivamente de la ubicación de los artículos que lo consagran en la constitución, sino que debe evaluarse en cada caso concreto. Se dimensionan tres casos en los cuales la salud puede entenderse como un derecho protegido mediante acción de tutela; a saber, cuando se logra conectar el derecho a la salud con otros derechos fundamentales y se considera fundamental; cuando se trata de la protección de personas en condiciones de vulnerabilidad y se convierten en sujetos de protección especial, como en el caso de los niños y en este aspecto también se considera la salud como derecho fundamental; el tercer caso, supone un mayor avance en cuanto la exigibilidad de los derechos sociales, cuando el derecho prestacional se convierte en derecho subjetivo y por tal razón se derivan obligaciones de garantía, protección y respeto por parte del Estado.

De esta forma se puede afirmar que la acción de tutela es considerada como uno de los mayores logros de la constituyente de 1991. Este recurso garantiza la defensa de los derechos y en el escenario de la salud ha tenido grandes alcances. Así, la tutela no es el único mecanismo para exigir al Estado la garantía de los derechos, sino que además resulta una figura imprescindible para limitar la arbitrariedad por parte de los actores del sistema.

Higuera & Alonso (2011) sostienen que la solución para la crisis del derecho a la salud no es precisamente logrando solamente la fundamentalización del derecho ya que cada uno posee características distintas y superiores entre ellas a priori, “ se cree que por su posibilidad de abarcar otras variables es la es más idónea, pero claro, esto es un simple parecer, uno dado en el contexto nacional, de juristas intentando desarrollar en la realidad la democracia en medio de una notable orfandad política” (Higuera & Alonso, 2011, p. 27).

La solución de la vulneración del derecho a la salud se da mediante la materialización del mismo, como por ejemplo mecanismos para su defensa tales como la tutela, el cual ya se encuentra cubierto por casos de conexidad como los expuestos anteriormente. El problema no se encuentra entonces en fundamentar el derecho a la salud sino en mirar los ámbitos políticos y económicos sobre los cuales se soporta este.

Por otra parte, Rocha (2012) realiza una investigación sobre los aspectos de mayor preocupación de la reforma al sistema de salud a causa del modelo neoliberal y los obstáculos en la garantía del derecho a la salud. La reforma al sistema de salud surge por la preocupación de los principios de seguridad sociales tales como la equidad y la eficiencia, pero no ha llevado a la disminución de la exclusión de los servicios de salud a poblaciones vulnerables debido a la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento; es decir, que se enfoca una mayor preocupación en el ingreso y gasto que en bienestar de la población. De esta manera se destaca que el comportamiento del Estado busca la privatización y ejemplo de ello, es la privatización de sus recursos y propiedades que ha hecho paulatinamente.

Desde la perspectiva neoliberal, el derecho a la salud ha quedado rezagado a los logros obtenidos en la constitución de 1991 con el desarrollo de los derechos conexos a la salud. El derecho a la salud desde una visión integral a los derechos humanos ha adquirido la característica de la universalidad contemplado en la Ley 100 de 1993 que equivale a la no discriminación del derecho a ninguna persona; también contempla el principio de progresividad, el cual indica que el derecho debe evolucionar a lo largo del tiempo y el Estado debe tomar medidas para garantizarlo que se ha dado mediante el incremento de cotizaciones; otro principio es la equidad, que se presenta como una falacia en la medida que quien más aporta es quien más recibe; y entre estas características también se halla la del acceso a recursos efectivos que se traduce en acciones de tutela para obtener respuesta y que en muchos casos no son oportuna o favorables.

Se presente así, según Rocha (2012) una contrariedad entre lo que se denomina Estado Social de Derecho al darse una pugna entre la calidad de vida y la calidad de seguridad social, “puesto que es insuficiente cuando de reclamar el Derecho se trata y es innecesario cuando el Derecho del ser humano de ser libre e igual no se concentra en la importancia del <ser> y el <tener>” (Rocha, 2012, p. 75). Si una persona debe reclamar su derecho a la salud y el de su comunidad debe encontrar la proximidad con los derechos fundamentales para lograr tener el control de esta mediante mecanismos que impongan la obligación al Estado.

El derecho a la salud debe tener un horizonte político bien fundamentado en la democracia. De este modo se debe entender el derecho a la salud como derecho y no como mercancía, es necesario que el sistema de salud tenga en cuenta las necesidades propias de la población mediante los principios de universalidad, cobertura, acceso y equidad. El derecho a la salud es una de las obligaciones sociales que tiene el Estado en función de proteger a las mayorías, es decir, a los sectores más vulnerables y críticos de la sociedad, los sectores pobres para obtener un verdadero desarrollo social y económico.

Franco (2012) realiza un análisis de los cambios generados en la reforma del sistema de salud de con la ley 1438 de 2011. Esta reforma a la salud permite encontrar una transición en la salud que pasa de un sistema basado en el mercado a un sistema más del Estado, pero no se afirma con mucha seguridad. Se observa, por ejemplo, en el tópico de la universalidad que sigue predominando la racionalidad financiera que las necesidades específicas del derecho a la salud.

El panorama de las últimas reformas en Colombia no ha sido muy alentador ya que se siguen manifestando problemas en torno al acceso al sistema de salud, inequidad entre los regímenes y en la calidad de los servicios. No es posible proponer instrumentos o herramientas en una nueva legislación si anticipadamente no se desmonta el modelo económico y financiera propuesto por la Ley 100 de 1993 que dio lugar a la crisis en el sector de la salud. A pesar de que fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud en lo relacionado con la vigilancia y control, no ha sido posible controlar los infortunios presentados en las EPS.

Para el escenario de los sectores sociales, es un paso para las nuevas reformas que pueden surgir basadas en la equidad y la justicia social, con Amartya Sen (2001) citado por Franco (2012) “la equidad en salud no concierne a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y presentando la debida atención al papel de la salud en la vida y las libertades humanas”.

Para los actores sociales, la justicia sanitaria es un valor bueno en sí y pone énfasis en la igualdad, en el bienestar y en el desarrollo humano, tendiente a eliminar desigualdades en el estado de salud de la población. Este enfoque defiende la financiación pública como la que mejores resultados logra en relación con la igualdad y la equidad; privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios; primando los criterios de ciudadanía, solidaridad y justicia social. Son precisamente los sectores académicos, sindicales que persisten en una reformar estructural del sistema de salud que garantice el derecho a la salud y logre conseguir la igual, equidad, universalidad y mejor asignación de los recursos.

Mediante esta reforma no se avanza en el derecho a la salud, trata sobre todo de temas operativos, de sostenibilidad financiera y gestión organizativa. Franco (2012) sostiene que es “éticamente necesario y razonable desde el punto de vista del universalismo de la protección social, continuar defendiendo una ley estatutaria del derecho a la salud en Colombia, para suplir las debilidades de fondo de la ley 1438 y de la reforma anterior que no lo contempló” (p. 876).

Por otro lado, Merlano & Gorbanev (2013) realizan una reflexión sobre el sistema de salud colombiano mediante una revisión de la literatura. Se encuentra que uno de los mayores problemas del Sistema de salud es la persistencia de problemas de equidad y acceso. Los principales méritos se atañen a la cobertura que se amplió a casi el 100% de la población, la unificación del POS debido a que anteriormente se diferenciaban el régimen contributivo y subsidiados por el volumen de sus servicios.

En cuanto a la cobertura se describen tres temas de especial interés: La debilidad del Sistema de Salud en relación con la prevención y la salud pública, debido a que las EPS no hicieron efectiva las estrategias para la prevención de la enfermedad y la reducción de costos de tratamiento, sino que se enfocó en curar, por lo cual se reduce a la vez la expectativa de vida. Los actores del sistema de rentabilidad, que buscan rentabilidad al restringir el acceso a los servicios, persuade a los usuarios a no usar los servicios médicos y obliga a otros a acudir al sistema judicial mediante la acción de tutela. La falsa expectativa de que el mercado aumentaría la

eficiencia de la prestación de servicios, en veinte años no ha logrado reducir los costos de transacción ni incentivar la competencia entre IPS y EPS.

Respecto a los hallazgos de estas investigaciones Merlano & Gorbanev (2013), sostienen que los estudios han sido tardíos y no sugieren soluciones efectivas o modelos alternos de salud para solventar estas problemáticas. De los aportes de estas investigaciones se logró crear una imagen de la visión en general que la academia tiene sobre el sistema de salud, y sería interesante conocer los posibles efectos que estas investigaciones tienen en el debate público y en diseño de reformas al sistema de salud colombiano.

Cárdenas (2013) realiza una revisión de la evolución del derecho a la salud desde los puntos de vista constitucional, legal y jurisprudencial durante los últimos 20 años. En la Constitución de 1991 se establece el derecho a la salud y a la seguridad social como un servicio público a cargo del Estado que además tiene el carácter de obligatoriedad bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La corte bajo Sentencia C-463 de 2008 ha definido estos tres principios de la siguiente manera, la eficiencia como “el arte de la mejor utilización y maximización de los recursos financieros disponibles para lograr y asegurar la mejor prestación de los servicios de salud a toda la población a que da derecho la seguridad social en salud” (Sentencia C-463 de 2008); el principio de universalidad como “la cobertura en la protección de los riesgos inherentes a la seguridad social debe amparar a todas las personas residentes en Colombia, en cualquiera de las etapas de su vida, sin discriminación alguna por razones de sexo, edad, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, etc.” (Sentencia C-463 de 2008); y sobre el principio de solidaridad ha dicho que “esta máxima constitucional exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren” (Sentencia C-463 de 2008).

Además de estos principios la Ley 100 de 1993 incorpora otros, a saber, la integralidad que “implica la cobertura de todas las contingencias que afectan a la salud”; la unidad que “implica la articulación de las partes del sistema de salud que incluyen tanto el sector público

como el privado; y la participación que “implica la participación de la comunidad en el sector salud” (De Currea - Lugo, 2000, p. 104).

Posterior a la Ley 100, surge la ley 1122 de 2007 para reformar la salud, modificando aspectos de dirección, financiación, universalización, regulación, control y mejora en la prestación del servicio. Y además a propósito de la salud pública, el artículo 32 sostiene que,

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Ley 1122 de 2007).

Y finalmente, se expide la Ley 1438 de 2011, en la cual hay varios aspectos importantes para los usuarios del servicio de salud, tanto contribuyentes, beneficiarios y personas con servicio subsidiado, y se otorgan beneficios para los niños, adolescentes con problemas o enfermedades especiales la gratuidad del servicio, se imponen términos de efectividad para la atención y suministro de medicamentos, entre otros.

Cárdenas (2013) también plantea los casos en los cuales se logra establecer la salud como derecho fundamental expuestos en Higuera & Alonso (2011), y destaca además los esfuerzos de la Corte Constitucional por desarrollar una mayor jurisprudencia en relación con esta temática debido al uso de la acción de tutela y con el propósito de proteger los derechos de los afectados, en consecuencia, esto ha llevado a que el número de tutelas haya aumentado considerablemente. Con ello se ha logrado reconocer el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, pero no absoluto porque los derechos constitucionales pueden ser limitados.

Finalmente, Bernal (2015) realiza una investigación sobre la Ley estatutaria 1751 de febrero de 2015 la cual regula la salud como derecho fundamental; esto indica que el Estado tiene por obligación proveer, proteger y regular la salud como avance social para la nación. Sin

embargo, al hacerse una revisión de esta nueva ley se encuentra que en el artículo 2 se define en términos del acceso a los servicios de salud y en el artículo 9 se refiere a aspectos más sociales de la salud; en cuanto al derecho a la salud se observa una concepción garantista la cual supone la responsabilidad por parte del Estado de todas las necesidades individuales y colectivas y, por otra parte, se limita al derecho de los recursos del sector salud.

La cobertura universal, con un plan de beneficios que incluye casi todo lo contemplado en el “No POS”, choca con la restricción de la sostenibilidad consagrada en el artículo 6. Esto podría afectar la cobertura y el acceso a los servicios por parte de las poblaciones menos favorecidas o la inversión de recursos en otros sectores por el pago de servicios en salud. La justicia distributiva en relación con los servicios de salud, debe favorecer y enfocar los recursos a los sectores menos favorecidos y estrategias de promoción y prevención, de otra manera no se logra universalidad sin un acceso real.

El monitoreo de la calidad del servicio se sigue centrando en indicadores de mortalidad y morbilidad y no hay una propuesta que incluya un monitoreo en la percepción de la calidad de la salud por parte de la población. Además, Bernal (2015) agrega que el derecho a la salud tiene sus límites técnico éticos y económicos que se reflejan en el servicio “es necesario un acuerdo social, un equilibrio y control por parte del Estado sobre la tensión entre el beneficio particular y el beneficio colectivo” (Bernal, 2015).

2.8. Metaanálisis de las jurisprudencias

De acuerdo a la clasificación temática que se realizó en la extracción de datos de las jurisprudencias, se procede a definir la salud como derecho fundamental desde distintas perspectivas.

De acuerdo a la sentencia T-760/08 el derecho a la salud es un derecho fundamental con base la protección de tres vías principales. La primera hace referencia a la conexidad con el

derecho con los derechos fundamentales tales como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la dignidad, de tal forma, que admite su tutelabilidad; la segunda vía, corresponde al reconocimiento de la naturaleza fundamental del tutelante como sujeto de especial protección, por lo cual se debe garantizar los servicios de salud y la tercera vía radica en afirmar la fundamentalidad del derecho a la salud, la garantía de los servicios básicos que se deben brindar para proteger la vida digna. En dicha providencia se puntualizó además que “el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional. En efecto, la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía.” (T-760/08).

En relación con la salud frente a enfermedades catastróficas, la corte constitucional ha precisado que la salud debe ser considerada fundamental no solo cuando peligra la vida de una persona, sino también cuando se requiere para vivir en condiciones dignas, como es el caso de las personas que padecen enfermedades catastróficas, algunas incurables, pero deben tener un padecimiento bajo condiciones dignas. Para ello, en varias sentencias la corte ha reiterado que se debe garantizar la protección especial frente a enfermedades catastróficas y se deben tomar las medidas necesarias para garantizar este derecho.

Cuando la corte establece el derecho a la salud como fundamental en relación con otros derechos fundamentales hace referencia a la garantía que cobija el amparo con derechos como la vida, la integridad y la dignidad de una persona. Por estar tan estrechamente relacionado el derecho a la salud con estos derechos, el Estado reconoce que la salud sea igualmente un derecho fundamental. Anteriormente se consideraba que el derecho a la salud no era fundamental sino bajo ciertas condiciones, a saber, que el sujeto fuese un niño o adulto mayor; en virtud de la conexidad con otros derechos fundamentales o con la dignidad humana. Sin embargo, esta idea fue transformada por la Corte Constitucional y posteriormente se acogieron a que la fundamentalidad de un derecho no podía depender de su efectividad en la práctica. El Estado ha precisado que su papel como Estado social y democrático es garantizar a toda la población las mismas oportunidades indispensables para vivir y de ahí que debe realizar acciones para suplir las desventajas que existen en materia social, económica y educativa.

Respecto al derecho a la salud con carácter fundamental en personas con condiciones de vulnerabilidad, existe un reconocimiento especial por parte de la Corte Constitucional en priorizar el servicio de salud en personas que por circunstancias físicas, mentales y económicas tengan un mayor grado de vulnerabilidad. Esto conlleva a que el servicio de salud debe suplir todas las necesidades que tengan estas personas para que puedan tener un acceso de calidad a la salud y una vida digna, tal es el caso de personas en discapacidad y en condiciones especiales.

En el caso de los niños, la Corte ha manifestado que la salud en los niños tiene un carácter fundamental y a la vez prevalece sobre los derechos de los demás. La connotación de la salud como derecho fundamental en los niños está expresamente señalada en el artículo 44 de la Constitución “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud...” y además que cobra un carácter de derecho fundamental autónomo por ser menor de edad porque es sujeto de especial protección.

En cuanto a las personas de la tercera edad, la Corte ha reiterado que el derecho a la salud en estas personas es de carácter fundamental. Al igual que los niños, los adultos mayores son personas en condiciones de debilidad y por lo tanto son sujetos de especial protección, de lo cual se sigue que sea un derecho fundamental autónomo sin que haya necesidad de demostrar conexidad con otros derechos fundamentales.

Otra temática importante dentro de la concepción de la salud como derecho fundamental es el carácter prestacional que tiene esta. La Corte ha manifestado que el derecho a la salud debe ser considerado un derecho prestacional en tres niveles: bajo el criterio de conexidad con otros derechos fundamentales; en caso de sujetos de especial protección y población vulnerable; y en relación con los planes obligatorios de salud que garantiza el Estado. Se ha aludido la salud como derecho fundamental que consiste “en la posibilidad de alcanzar el nivel más alto de bienestar físico, mental y social dentro de lo posible para una persona” y para ello se debe garantizar la prestación de los servicios en términos de calidad, eficacia y oportunidad. Esto implica, además, que las entidades no pueden desconocer los principios de integralidad y de

continuidad; y que el Estado debe asignar un presupuesto suficiente cuando sea necesario para garantizar este derecho.

Uno de los mayores alcances que ha tenido la Corte Constitucional frente a concebir la salud como derecho fundamental es declarar precisamente que la salud es un derecho fundamental autónomo, “el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho”. De esta forma, la concepción de la salud como derecho fundamental radica en el hecho de que existe consenso sobre su naturaleza fundamental, y que está dirigido a lograr la dignidad humano y se traduzca como derecho subjetivo.

En muchos casos, la Corte ha reiterado que dentro del contenido de la salud como derecho fundamental se deriva también el derecho al diagnóstico en virtud de que se debe entender este derecho como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, esto implica, que al hablar en términos de dignidad humana y salud se debe abarcar tanto la parte biológica como la parte mental del ser humano; por lo tanto, este derecho se extiende también a la parte psíquica y afectiva del sujeto.

El derecho a la salud además de fundamental tiene otra connotación, a saber, es un servicio público. Por esta razón, en materia de amparo al derecho fundamental a la salud, todas las personas podrán apelar al derecho a la tutela para que mediante acto legislativo se presten todos los servicios y se haga efectivo su derecho constitucional. Esto se da en la mayoría de los casos, cuando las entidades de salud se niegan a procedimientos, servicios, o medicamentos que el sujeto necesita.

Respecto a la demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011 en la Sentencia C-936/11, se ratifica que el derecho a la salud es un derecho fundamental; que se relaciona con el bienestar de las personas en el ámbito físico y mental; y que se relaciona con otros derechos fundamentales y permite a la vez el ejercicio de otros derechos fundamentales. Además, en dicha sentencia, se establece la posibilidad de reclamar este derecho atendiendo a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y que el Estado debe proteger y garantizar los contenidos que se derivan de este derecho.

En cuanto a los aspectos principales que regula la ley 1751 de 2015 se destaca como aspecto central el hecho de que se consagra la salud como derecho fundamental sin necesidad de establecer conexidad con otros derechos fundamentales, lo que implica que no se puede negar el servicio a la salud de manera oportuna, eficaz y de calidad a ninguna persona. De igual forma, establece la obligatoriedad del Estado para garantizar y proteger el derecho a la salud mediante decisiones y acciones para velar por este.

Otro aspecto importante, es la sostenibilidad “por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal”, por lo cual no se puede negar el servicio eficiente y oportunamente a un paciente.

La equidad en el sistema es un aspecto clave que se estipula en la ley, en donde el Estado se compromete adoptar políticas para reducir la desigualdad. De igual forma, se establece la atención primaria priorizando a los niños y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Así mismo, cabe resaltar que con esta ley no se podrá negar la prestación del servicio de salud a ninguna persona y todos los pacientes podrán acceder a los servicios necesarios para su recuperación incluso a los que no estaban dispuestos en el POS.

3. Conclusiones

Partiendo de la revisión sistemática de la literatura sobre la evolución del derecho a la salud en Colombia a partir de la Constitución de 1991 hasta la actualidad se obtienen las siguientes conclusiones:

- La bibliografía en torno a la temática expuesta es bastante reducida y está limitada en gran parte a los principales problemas que presenta el Sistema de Salud en Colombia y su relación con el derecho a la salud.
- La mayoría de los autores sostienen una misma perspectiva en torno a la deficiencia del sistema de salud, a diferencia de algunos que sugieren que no se debe hablar de deficiencia, en la parte de la distribución de los recursos en términos de equidad.
- El eje principal sobre el cual surge la preocupación del derecho a la salud, es el principio de universalidad, que propende por asegurar a toda la población colombiana al sistema de salud. Partiendo de ese principio se logran realizar una serie de investigaciones que debaten si se está logrando la universalidad y bajo qué parámetros.
- Entre las críticas más fuertes que se logró hallar al logro de ponderar la salud como derecho fundamental, manifiestan que no es suficiente con que la salud logre este estatus sino se circunscribe esta problemática a una esfera política y social para lograr una reforma estructural del derecho a la salud y del sistema de salud general.
- La problemática general sobre el concepto del Derecho a la Salud, es considerar que un sistema como el colombiano que solo abarca coberturas básicas reguladas bajo el Plan Obligatorio de Salud – POS, no puede ser suplido con el estatus de Derecho fundamental, ya que de alguna forma mediante el mecanismo de la tutela ya estaba protegido este derecho.

- La universalidad como característica del derecho a la salud, no puede ser considerada únicamente desde la perspectiva de un sistema para todos los ciudadanos, sino que la misma debe ver envuelta la cobertura integral de cada uno de los beneficiarios del sistema, partiendo del concepto de salud asumido por la Organización Mundial de Salud.
- Se evidencia que el Derecho a la Salud ha tenido múltiples regulaciones a partir de la Constitución Política de 1991, buscando siempre la complementación del concepto y cobertura integral del mismo, para llegar mediante la Ley 1751 de 2015 a ser considerado como fundamental, de forma tal que gozara de mayor estatus y con esto una efectividad en su ejecución.
- La eficiencia concebida como la forma en que se utilizan de mejor manera los recursos financieros para asegurar una buena prestación de servicios de salud a toda la población, es una de las mayores falencias que se evidencian en el sistema de salud y en la forma como el Estado pretende garantizar esta máxima. La estrategia del Estado se enfoca en privatizar la salud, pero con ello, se descuida a la población más vulnerable económicamente.
- En el mismo concepto de eficiencia se observa el desenfoco del Estado por sugerir que el déficit económico de salud se da por falta de recursos financieros, lo que implica que los usuarios deban pagar mayores costos por la atención médica, sin embargo, varios autores manifestaron que es un problema más de distribución de recursos, debido a la gran corrupción administrativa que se da en las instituciones colombianas.
- En términos de cobertura, el modelo que se ha trazado el Estado para garantizar este principio, es llegar a afiliar al sistema de salud al mayor número de personas en todo el país, y cada año el número de usuarios aumenta. Sin embargo, esto ha llevado a que se presenten problemáticas relacionadas con una atención de calidad, debido a que aumenta el número de personas pero la infraestructura, el personal, los servicios y los medicamentos se reducen; así por garantizar un principio se afectan a los otros principios.

- Respecto al análisis jurisprudencial se observa que existe una cantidad considerable de jurisprudencias que ratifican el derecho a la salud como fundamental desde distintas perspectivas. Lo más significativo de esta revisión fue encontrar que ha sido la misma Corte quien ha precisado en la necesidad de darle un carácter autónomo a la salud, por los criterios expuestos en el metaanálisis. La Sentencia T-760/08 es la sentencia más importante en relación con el derecho a la salud ya que marca un hito histórico respecto al concepto de salud como fundamental y autónomo, lo que tienen fuertes implicaciones en la forma en que el sistema de salud en Colombia viene funcionando, debido a que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la fundamentalidad de este derecho en los procesos que se realizan en el sistema de salud. Finalmente se logra entrever que todo esto conlleva a que se haya expido la Ley estatutaria 1751 de febrero de 2015 la cual regula la salud como derecho fundamental; sin embargo, se puede concluir que el carácter fundamental del derecho a la salud fue reconocido por la jurisprudencia y no por la ley.

4. Bibliografía

Agudelo, C.; Botero, J.; Bolaños, J.; Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 2817-2828.

Bernal, O. & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Revista Salud Pública de México*, 57 (5), pp. 433-440.

Cárdenas, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de derecho: División de Ciencias Jurídicas de la Universidad del Norte*, 40, pp. 199-226.

Constitución Política de Colombia. República de Colombia. 1991.

Franco, A. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14 (5), pp. 865-877.

Glass, G.V., McGaw, B., & Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis of social research*. Beverly Hills, Sage.

Guerrero, R.; Gallego, A.; Berrecil, V.; Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Revista Salud Pública de México*, 53 (2), pp. 144-155.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. México D.F.: Mc Graw Hill.

Higuera, D. & Alonso, E. (2012). Derechos Sociales Fundamentales, problemática hermenéutica en el derecho a la salud en Colombia. *Revista Via Iuris*, 12, pp. 11-30.

Ley 100 De 1993. Sistema General de Seguridad Social Integral. Congreso de la Republica de Colombia, 1993.

Ley 1122 De 2007. Reforma Al Sistema General De Seguridad Social En Salud. Congreso de la Republica de Colombia, 2007.

Ley 1438 De 2011. Reforma Al Sistema General De Seguridad Social En Salud. Congreso de la Republica de Colombia. 2011.

Ley 1751 De 2015. Ley Estatutaria En Salud. Congreso de la Republica de Colombia. 2015.

Manterola, C.; Astudilloa, P.; Arias, E.; Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. Elsevier, Vol. 91. Núm. 3. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-revisiones-sistematicas-literatura-que-se-S0009739X11003307>

Merlano, C. & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12 (24), pp. 74-86.

Moreno, M. & López, M. (2009) La salud como derecho en Colombia. 1999-2007. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16).

OMS. (1946). Constitución de la organización social de la salud. New York.

OMS. (2005). Acerca del sector salud. OMS.

Restrepo, R. (2007). A propósito de la Ley 1122 del 2007 Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 25(1): pp. 90-105.

Reveiz, L.; Chapman, E.; Torres, R.; Fitzgerald, J.; Mendoza, A.; Bolis, M.; Salgado, O. (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(3). Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a08v33n3.pdf>

Rocha, A. (2012) Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. *Espacio Abierto*, 21, (1), pp. 59-80.

Sentencia No. 266 De 2014. Corte Constitucional De Colombia. 2014

Sentencia No. 314 De 2015. Corte Constitucional De Colombia. 2015

Sentencia No. 716 De 2013. Corte Constitucional De Colombia. 2013

Sentencia No. 760 De 2008. Unificación De Pos. Corte Constitucional de Colombia. 2008

Vargas, I.; Vázquez, L.; Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de salud pública*, Bogotá, 12 (5). Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642010000500001&script=sci_arttext

Yepes, F. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, 9 (18): 118-123. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n18s1/v9n18s1a11.pdf>