

Revista Internacional y Comparada de

**RELACIONES
LABORALES Y
DERECHO
DEL EMPLEO**

Escuela Internacional de Alta Formación en Relaciones Laborales y de Trabajo de ADAPT

Directores Científicos

Mark S. Anner (*Estados Unidos*), Arturo Bronstein (*Argentina*), Martin Carillo (*Perú*), Lance Compa (*Estados Unidos*), Luis Enrique De la Villa Gil (*España*), Jordi Garcia Viña (*España*), Adrián Goldin (*Argentina*), Ana Virginia Gomes (*Brasil*), Julio Armando Grisolia (*Argentina*), Óscar Hernández (*Venezuela*), María Patricia Kurczyn Villalobos (*México*), Manuel Luque (*España*), Lourdes Mella Méndez (*España*), Antonio Ojeda Avilés (*España*), Barbara Palli (*Francia*), Roberto Pedersini (*Italia*), Rosa Quesada Segura (*España*), Juan Raso Delgue (*Uruguay*), Carlos Reynoso Castillo (*México*), Raúl G. Saco Barrios (*Perú*), Alfredo Sánchez-Castañeda (*México*), Malcolm Sargeant (*Reino Unido*), Michele Tiraboschi (*Italia*), Anil Verma (*Canada*), Marly Weiss (*Estados Unidos*), Marcin Wujczyk (*Polonia*).

Comité de Gestión Editorial

Alfredo Sánchez-Castañeda (*México*)
Michele Tiraboschi (*Italia*)

Comité de Redacción

Graciela Cristina Del Valle Antacli (*Argentina*), Ricardo Barona Betancourt (*Colombia*), Omar Ernesto Castro Güiza (*Colombia*), Maria Alejandra Chacon Ospina (*Colombia*), Silvia Fernández Martínez (*España*), Paulina Galicia (*México*), Helga Hejny (*Reino Unido*), Noemi Monroy (*México*), Juan Pablo Mugnolo (*Argentina*), Martina Ori (*Italia*), Eleonora Peliza (*Argentina*), Salvador Perán Quesada (*España*), Alma Elena Rueda (*México*), Lavinia Serrani (*Italia*), Esperanza Macarena Sierra Benítez (*España*), Carmen Solís Prieto (*España*), Francesca Sperotti (*Italia*), Marcela Vigna (*Uruguay*).

Redactor Responsable de la Revisión final de la Revista

Alfredo Sánchez-Castañeda (*México*)

Redactor Responsable de la Gestión Digital

Tomaso Tiraboschi (*ADAPT Technologies*)

La salud es un derecho fundamental a partir de la Ley Estatutaria

Ricardo BARONA BETANCOURT*

RESUMEN: El Sistema de Salud está regulado en la Constitución Política de Colombia, en la ley 100 de 1993, en la ley 1164 de 2007, en la ley 1438 de 2011, en la ley 1608 de 2013, y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional; sin embargo, con la expedición de la Ley Estatutaria en Salud, los pacientes, los usuarios, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los grupo de práctica profesional, los profesionales independientes, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio del Trabajo, la Rama Judicial y las entidades de control deben tener en cuenta que la salud es un derecho fundamental. Por ello, es necesario revisar las reglas contenidas en la Ley Estatutaria con la finalidad proteger a los pacientes o usuarios o afiliados, para corregir los abusos y establecer parámetros objetivos que garanticen la protección del derecho fundamental de la salud y el respeto del orden constitucional.

Palabras clave: Salud. Derecho Fundamental. Prestadores de servicios de salud. Entidades Promotoras de Salud. Talento humano en salud.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Concepto del Derecho a la Salud. 3. Fundamento teórico. 4. Bibliografía.

* Abogado de la Universidad Externado de Colombia. Especialista en Derecho Laboral y Relaciones Industriales de la Universidad Externado de Colombia. Especialista en Seguridad Social de la Universidad Externado de Colombia. Magister en Derechos Humanos, Estado de Derecho y Democracia en Iberoamérica de la Universidad de Alcalá de Henares (España). Magister en Derecho con énfasis en Derecho del Trabajo de la Universidad Externado de Colombia. Estudiante del Doctorado en Derecho de la Universidad de Alcalá de Henares (España). Docente e Investigador de la Universidad Externado de Colombia. Miembro del Comité de Redacción de la Revista Internacional y Comparada Relaciones Laborales y Derecho de Empleo de ADAPT University Press y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

1. Introducción

En Colombia la prestación de servicios de salud se encuentra consagrada en el artículo 49 de la Constitución Política¹, así: Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Igualmente, el Estado debe establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, debe establecer las competencias de la Nación, de las entidades territoriales y de los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Finalmente, los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Sin embargo, la Corte Constitucional ha establecido expresamente que la salud es un derecho constitucional fundamental, que se caracteriza por lo siguiente:

En primer lugar, el ámbito de protección no está delimitado por el plan obligatorio de salud, porque, puede existir un servicio de salud no incluido en el mismo, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad de la persona o su integridad personal. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela².

Adicionalmente, es necesario señalar que reconocer la fundamentalidad de un derecho no implica, necesariamente, que todos los aspectos cobijados por éste son tutelables. Primero, porque los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, puede ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional. Segundo, porque la posibilidad de exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental y la procedencia de hacerlo por medio de la acción de tutela, son cuestiones diferentes y separables.

Igualmente, el derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones

¹ Artículo 49 de la Constitución Política (Modificado artículo 1 del acto legislativo 2 de 2009).

² Sentencia T-227 de 2003 de la Corte Constitucional, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles³.

Así mismo, la salud no solamente tiene el carácter de fundamental en los casos en los que se relaciona de manera directa y grave con el derecho a la vida, sino también en aquellas situaciones en las cuales se afecte de manera directa y grave el mínimo vital necesario para el desempeño físico y social en condiciones normales⁴.

Así mismo, como el derecho fundamental a la salud es limitable y, por lo tanto, el plan de beneficios no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles; por ello, en algunos casos se han negado los siguientes servicios: La prestación de servicios estéticos, los tratamientos de fertilidad, los tratamientos de desintoxicación, las alergias, etc.⁵

De otro lado, las entidades del Sistema de Salud tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que le garantice en mayor medida su derecho. Por tal razón, las entidades de seguridad social⁶ en salud tienen el deber de brindar a las personas la información que sea necesaria para que puedan saber cuál es el servicio de salud que requieren, cuáles son las probabilidades de éxito y de riesgo que representa el tratamiento, así como también, cómo acceder a los servicios de salud que requieren⁷.

En otro sentido, una entidad encargada de garantizar la prestación de un servicio de salud que requiere una persona, o encargada de prestarlo, no puede coaccionar a una persona, obligándola a suscribir algún tipo de documento legal para respaldar el pago, como condición para acceder al servicio de salud, en especial, cuando éste se requiere con necesidad. En

³ Sentencia T-016 de 2007 de la Corte Constitucional, M.P. Antonio Humberto Sierra Porto.

⁴ Sentencia T-597 de 1993 de la Corte Constitucional, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

⁵ Revisar las siguientes sentencias de la Corte Constitucional: T-749 de 2001, T-490 de 2006, T-198 de 2004, T-676 de 2002, T-073 de 2007, T-476 de 2000, T-539 de 2007, T-757 de 1998, T-117 de 2005, entre otras.

⁶ Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.S.).

⁷ Sentencia T-866 de 2006 de la Corte Constitucional, M.P. Jaime Araujo Rentería.

otras palabras, se irrespeta al derecho a la salud al obstaculizar el acceso a un servicio que se requiere, en especial con necesidad, al exigir previamente un título valor u algún otro tipo de medio de pago legal. En tales casos, la jurisprudencia constitucional ha dejado sin efecto aquellos documentos legales que se dieron como medio de pago, pero que han sido obtenidos de los pacientes, o de sus responsables, mediante presión, como condición para acceder a un servicio requerido con necesidad. También ha tutelado el derecho a la salud de una persona, cuando se utiliza la suscripción de un título valor en condiciones de presión, por ejemplo, cuando se le impide al paciente salir de la entidad de salud en que se le atendió, hasta tanto no pague el servicio⁸.

Finalmente, analicemos el derecho fundamental a la salud a partir de la expedición de la ley estatutaria.

2. Concepto del Derecho a la Salud

El derecho a la salud se ha definido de la siguiente forma: para la Organización Mundial De La Salud (OMS) el derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Entonces, esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada, alimentos nutritivos y una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Igualmente, el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. Finalmente, la Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano⁹.

Según Ramón Navarro Fallas el derecho a la salud podría definirse, como una situación jurídica activa o favorable de todo ser humano, derivado de su intrínseca dignidad, esencial para el desarrollo de su personalidad, que le otorga a su titular un conjunto de facultades para la satisfacción de la salud, bien jurídico tutelado por el derecho, y en virtud de las cuales, puede, por un lado, fijarle límite a la intervención de las demás personas y del Estado en su esfera particular, y por otra, exigir de los poderes públicos las acciones positivas de policía sanitaria o asistenciales que hagan efectivo su derecho; esas prestaciones forman parte del contenido del derecho y se constituyen en garantías de su pleno goce. Es un derecho

⁸ Sentencia T-037 de 2007 de la Corte Constitucional, M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

⁹ Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

exigible frente a las demás personas y fundamentalmente frente al Estado y sus instituciones y donde las obligaciones públicas deben cumplirse independientemente de los recursos disponibles, dado que el derecho es supremo y guarda relación directa con la existencia misma de la persona (la vida) y cuya realización plena se logra necesariamente mediante el concurso de su propio titular y del Estado¹⁰.

El autor José Carbonell indica que el derecho a la salud es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones (de hacer) por parte de los poderes públicos. Así por ejemplo, a partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el derecho a la atención o asistencia sanitaria¹¹.

De otro lado, Isaac Augusto Damsky enseña que en el derecho a la salud se encuentran involucradas las siguientes cuestiones: a) Una concepción de la persona, en tanto destinatario del accionar de los poderes públicos, vinculada a una concepción de los derechos fundamentales, y por tanto involucra una técnica de garantía de los derechos humanos traducida en una técnica de igualdad en el disfrute de los bienes, y también en una integración social. b) Una estructura social dentro de la cual se reconozcan las peculiaridades que permiten identificar la problemática de salud, y dentro de ellas las peculiaridades que entraña la estructuración de un sistema de derechos y poder, propios de un contexto determinado. c) Una consecuente estructura económica a partir de la cual puedan discutirse las racionalidades del gasto público, de la participación privada en la gestión de la salud pública y, sin dudas, de los mercados de servicios de salud. d) Una estructura política inscrita dentro de un modelo de Estado dentro del cual tome lugar el haz de relaciones de salud. Estado, por cierto, inscripto en un contexto témporo-espacial determinado y estructurado a partir de un orden público constitucional o supra-constitucional, que, como en el caso argentino, viene a reconfigurar el sistema de poder y el sistema de derechos – modulando de manera compleja la dinámica de los intereses públicos y privados, des dibujando con ello las esferas de actuación pública-privadas – y dentro del cual encontramos al derecho a la

¹⁰ Navarro Falas, R. A., *Derecho a la Salud*, San José, Editorial Juricentro, S.A., 2010, p. 135.

¹¹ Carbonell, J., *et. al.*, *El derecho a la salud: Una propuesta para México*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2013, pp. 1 y 2.

salud – o a su protección – como uno de los derechos sociales por antonomasia. A lo que se agrega la complejidad proveniente del mayor o menor grado de internacionalización del ordenamiento¹².

La doctrinante Leticia Artilles Visbal establece que el derecho a salud es un derecho para todos los ciudadanos, por tal razón, debe ser garantizado y asegurado plenamente por el Estado sin ningún tipo de discriminación por motivo de sexo, raza, sexo y origen nacional¹³.

El catedrático Raúl Allard Soto señala que el derecho a la salud a nivel internacional tiene profundidad normativa, siendo un derecho de carácter inclusivo; comprende tanto libertades como derechos; genera obligaciones por parte de los Estados de realización progresiva del disfrute del más alto nivel posible de salud, al tiempo que también genera obligaciones básicas de cumplimiento inmediato; e incluso converge en determinados ámbitos con el comercio de mucha trascendencia¹⁴.

En la opinión del jurista Jaime León Gañán Ruiz en el devenir histórico verificable del derecho a la salud está prolijamente regulado en los instrumentos jurídicos de carácter internacional, consagración de la cual se puede colegir que el derecho a la salud es un derecho humano, indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Además es un derecho social, es universal, inclusivo, interdependiente con otros derechos, que entraña libertades y derechos¹⁵.

Liliana Libreros Piñeros y Luzmila Fuentes expresan y explican que derecho a la salud, no debe entenderse como un derecho a ser saludable; sino como el derecho de todas las personas al disfrute de los bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud. Esta concepción de la salud como un derecho, implica que el Estado debe proporcionar los determinantes básicos para la salud, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas; y el cuidado de la salud para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos desde un abordaje integrador y transdisciplinario para lograr una vida digna y un desarrollo individual y social¹⁶.

¹² Damsky, I. A., *La protección cautelar del derecho a la salud en Argentina*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2013, pp. 169 a 171.

¹³ Consultado en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/cap5.pdf>

¹⁴ Allard Soto, R., *Tesis Doctoral: El derecho humano a la atención primaria de salud en la lucha contra las enfermedades infecciosas*, Universidad Complutense, Madrid, 2012, pp. 142 y 143.

¹⁵ Gañán Ruiz, J. L., *Tesis Doctoral: Los muertos de la Ley 100: Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su ineficacia del plan obligatorio de salud del régimen contributivo de salud*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2010, p. 37.

¹⁶ Libreros Piñeros, L. y Fuentes, L., “El derecho a la salud y la promoción de la salud en el nuevo marco legal venezolano”, *Revista Saber de la Universidad de Oriente* (Venezuela),

Finalmente, la Corte Constitucional Colombiana ha manifestado que el derecho a la salud es 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. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento¹⁷.

3. Fundamento Teórico

La Ley Estatutaria en Salud regula el derecho fundamental de la salud de la siguiente forma:

En primer lugar, en cuanto a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud se indicó lo siguiente:

- a) Es un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.
- b) 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.
- c) El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.
- d) De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado¹⁸.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en cuanto a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud indicó que los elementos incluidos por el legislador al momento de caracterizar el derecho a la salud no tienen reparo, advirtiéndose que el acceso a la salud con miras a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, recuperación y paliación implica también el acceso a las facilidades, establecimientos, bienes y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud en consonancia la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Así mismo, La Corte Constitucional avaló las características de irrenunciabilidad y autonomía del derecho, así como la titularidad de la garantía fundamental a la salud, no solo en

Cumaná, 2012, p. 198.

¹⁷ Sentencia C-776 del 29 de Septiembre de 2010 de la Corte Constitucional, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

¹⁸ Artículos 1 y 2 de la Ley Estatutaria en Salud.

cabeza de sujetos individuales, sino de sujetos colectivos¹⁹.

En segundo lugar, en cuanto al ámbito de aplicación, se indica que la Ley Estatutaria se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud²⁰. Adicionalmente, la Corte Constitucional en cuanto al ámbito de aplicación estimo que resulta exequible dado que se corresponde con el artículo 49 del Texto Superior. Para la Corte Constitucional, el precepto incorpora un listado abierto que permitirá hacer extensiva la aplicación de los mandatos de la ley a los diversos sujetos que participan e inciden en el sistema de salud²¹.

En tercer lugar, frente a la definición de Sistema de Salud se indicó que 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 salud²². Adicionalmente, la Corte Constitucional en cuanto a la definición del Sistema de Salud se decantó por la exequibilidad advirtiendo que el mandato no supone una potestad para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud y que el conjunto de los mismos es el irreductible punto de partida para la consecución del derecho. Para la Corte Constitucional, no tiene lugar una lectura según la cual, los recursos del sistema puedan ser definidos sin parámetros constitucionales, siendo inaceptable un adelgazamiento del volumen de recursos orientados a la garantía del derecho, pues ello implicaría un detrimento para su materialización²³.

En cuarto lugar, al revisar las obligaciones del Estado, tenemos que es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas.
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce

¹⁹ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

²⁰ Artículo 3 de la Ley Estatutaria en Salud.

²¹ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

²² Artículo 4 de la Ley Estatutaria en Salud.

²³ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

d) *Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio*²⁴.

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto.

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población.

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas.

h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud.

i) *Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población*²⁵.

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio²⁶.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en cuanto a las obligaciones del Estado verificó la constitucionalidad de los enunciados legales observando que el listado de obligaciones en cabeza del Estado comprende otras no incorporadas expresamente en la normatividad sometida al control. Para la Corte Constitucional el literal a) se acompasa con la obligación de respeto. Los literales d) y e) son expresión del deber de vigilancia y supervisión del servicio de salud en cabeza del Estado. Sin embargo, la Corte

²⁴ Declarar *exequible* el artículo 5, en el entendido que (i) la atribución del deber de adoptar mecanismos para la validación del derecho prevista en el literal d) no dará lugar a expedir normas que menoscaben el mecanismo de protección de los derechos fundamentales.

²⁵ Declarar *exequible* el artículo 5, en el entendido que (...) y (ii) la sostenibilidad fiscal a que alude el literal i) no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario.

²⁶ Artículo 5 de la Ley Estatutaria en Salud.

Constitucional precisó que el enunciado contenido en el literal d) debía condicionarse, pues, la prescripción revisada no puede dar lugar a la expedición de normas que menoscaben el mecanismo de protección de los derechos fundamentales. El literal f) se halló constitucional, pues, se entiende como orientado a lograr la efectividad del derecho. El literal g) comporta actividades relevantes para el establecimiento de políticas en salud. El literal h) fue declarado exequible, ya que se advirtió que presentaba finalidades similares a la del literal g). El literal j) también se encontró ajustado a la Constitución en la medida en que se entiende como necesaria para la realización del derecho a la salud la intervención del Estado en el del mercado de insumos en salud y de medicamentos. El literal b) fue declarado exequible al encaminarse a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato, precisándose la inclusión de la obligación de trato diferenciado para grupos discriminados o marginados. El literal c) fue declarado exequible, pues resulta ajustado a la Constitución el deber de formular y adoptar políticas en materia de promoción, prevención atención y rehabilitación en salud, debiendo entenderse incluidas la paliación y la recuperación. El literal i) fue declarado exequible dada la importancia de la sostenibilidad financiera para la realización del derecho, pero, se advirtió que de conformidad con el precedente contenido en la sentencia C-459/08 “la sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario”. Para la Corporación, es un deber social del Estado asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación. Con dichos fundamentos, la declaración de exequibilidad de este precepto fue condicionada²⁷.

En quinto lugar, al analizar los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, encontramos los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.
- b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de

²⁷ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

conformidad con el artículo 12 de la ley estatutaria y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

b) Pro hómine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido *de manera intempestiva y arbitraria*²⁸ por razones administrativas o económicas.

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud *que se requieran con necesidad* deben proveerse sin dilaciones *que puedan agravar la condición de salud de las personas*²⁹.

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas

²⁸ Declarar *exequible* el artículo 6°, salvo las expresiones “de manera intempestiva y arbitraria” contenidas en el literal d) del inciso segundo, “que se requieran con necesidad” y “que puedan agravar la condición de salud de las personas” contenidas en el literal e) del inciso segundo, que se declaran *inexequibles*.

²⁹ *Ibidem*.

concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, 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.

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Igualmente, los principios enunciados anteriormente se deberán

interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección³⁰.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en cuanto a los elementos y principios del derecho fundamental a la salud encontró que la caracterización de esenciales e interrelacionados, predicada de los elementos del derecho a la salud, no atentaba contra la Carta y se avenía con lo prescrito en la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Tribunal Constitucional estimó que los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, estipulados por el legislador estatutario, se corresponden con la Constitución, debiendo observarse que su lectura debe llevarse a cabo en consonancia con la precitada Observación 14. En cuanto a los principios que rigen el derecho a la salud, enlistados en el inciso 2 del artículo 6, la Corte Constitucional manifestó que la universalidad, prescrita en el literal a), tiene asidero constitucional, dado su reconocimiento específico en el artículo 49 de la Carta, estimándose que el goce efectivo del derecho debe involucrar todos los elementos necesarios, como lo son, la oportunidad, la integralidad, la continuidad, entre otros. El principio *pro homine* establecido en el literal b) fue declarado exequible dada su relevancia como cláusula hermenéutica para la interpretación de los derechos fundamentales. El principio de equidad estipulado en el literal c) fue valorado como constitucional, destacándose el deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas específicamente a mejorar la prestación del servicio en todas las fases que involucra la salud, tales como, promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y paliación. Respecto a la continuidad, contemplada en el literal d), fue declarado exequible, pero la Corte Constitucional excluyó las expresiones de manera intempestiva y arbitraria, pues, con ellas se permitían elementos que conducían a amenazar o cercenar el goce del derecho. El principio de oportunidad contenido en el literal e) en el inciso 2 se declaró exequible, pero, proscribió por vía de inexecutable las expresiones “que se requieran con necesidad” y “que puedan agravar la condición de salud de las personas”, pues implicaban una restricción al goce del derecho y vulneraban los artículos 2 y 49 de la Carta. Por su parte, el principio de prevalencia de los derechos puesto en el literal f), dada su consonancia

³⁰ Artículo 6 de la Ley Estatutaria en Salud.

con el artículo 44 no tuvo ninguna tacha y se declaró su exequibilidad. El principio de progresividad, contenido en el literal g), declarado exequible, fue estudiado por la Corte Constitucional de conformidad con sus precedentes y se recordó que se vincula con el principio de no regresividad e implica la exigibilidad inmediata de ciertas obligaciones en cabeza del Estado. A su turno, el literal h) contentivo del principio de la libre elección fue declarado exequible, recordándose que la sujeción a las normas de habilitación no tiene lugar cuando ello suponga la negación o una afectación grave del derecho. En cuanto al literal i) que alude al principio de sostenibilidad, se admitió su constitucionalidad, pero, se reiteró que es un criterio orientador y no tiene la calidad de principio. El literal j) del artículo 6 fue declarado exequible en razón a su asidero constitucional en el artículo 1, lo cual también hallaba sustento en varios precedentes de la Corte Constitucional. La eficiencia como principio del literal k) fue declarada exequible dada su expresa consagración constitucional para el derecho a salud. Los literales l) y m) y n) fueron declarados exequibles, pues, comportan disposiciones concordantes con el respeto a las minorías, reconocen la diferencia y no riñen con ningún mandato de la Carta, toda vez que el respeto por la riqueza material e inmaterial que determina la identidad de las comunidades y minorías étnicas es una máxima que irradia el ordenamiento constitucional, al punto que torna indispensable su participación no solo en la aplicación de sistemas de salud particularmente diseñados para estas, sino también en las diferentes fases de construcción del mismo. Finalmente, el parágrafo del inciso segundo del artículo 6 fue declarado exequible, observándose que, acorde con las reglas de la ponderación, algún o algunos principios deberán ceder frente a otros, según el caso concreto, habida cuenta que sin tal precisión se desconocería que los principios son mandatos de optimización y se ignoraría el papel capital de la ponderación en la labor del Tribunal Constitucional³¹.

En sexto lugar, al analizar la evaluación anual de los indicadores del goce efectivo, se ha señalado que el Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población. El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del

³¹Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema³².

Adicionalmente, la Corte Constitucional al analizar la evaluación anual de los indicadores del goce efectivo, señaló que el proyecto de ley que consagra un enunciado que radica en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, la obligación de divulgar evaluaciones anuales sobre resultados del goce efectivo del derecho y la de presentar el informe sobre la evolución de los indicadores a todos los agentes del sistema, fue declarado ajustado a la Constitución. En el sentir de la Corte Constitucional ninguno de los mandatos señalados en la disposición quebranta la Carta³³.

En séptimo lugar, en cuanto a la integralidad se indica que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada³⁴.

“Sin embargo, para efectos de lo mencionado anteriormente, se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Aquellos servicios de carácter individual que no estén directamente relacionados con el tratamiento y cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, podrán ser financiados, en caso de que no existiese capacidad de pago, con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado”³⁵.

Adicionalmente, la Corte Constitucional al revisar la integralidad examinó tres situaciones. En primer lugar, el Tribunal Constitucional encontró exequible la inclusión del principio de integralidad en la ley estatutaria, pues, resulta importante para la realización efectiva del derecho mandada por los artículos 2 y 49 de la Carta, anotándose que su lectura debe

³² Artículo 7 de la Ley Estatutaria en Salud.

³³ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

³⁴ Artículo 8 de la Ley Estatutaria en Salud.

³⁵ Declarar *exequible* el artículo 8 salvo el párrafo que se declara *inexequible*.

llevarse a cabo en consonancia con la varias veces mencionada Observación 14. El segundo asunto que ocupó al Tribunal Constitucional en relación con este precepto fue el contenido del inciso 2, en el cual, se consagró un principio para resolver las dudas sobre el alcance de un servicio o tecnología cubierto por el Estado. La Corte Constitucional lo valoró como exequible, pero advirtió que no cabe su lectura si da pie a restricciones o limitaciones indeterminadas del derecho fundamental a la salud, pues, quebrantaría la obligación estatal de garantizar el derecho contenido en el artículo 49 de la Carta, sobre la cual no puede haber “ninguna duda”. Estimó el Tribunal Constitucional que las limitaciones o restricciones son taxativas. En este caso, las exclusiones de la prestación del servicio son taxativas, pues ello elimina una regulación indeterminada que da pie para hacer nugatorio el derecho. El tercer asunto que convocó a la Corte Constitucional en el artículo 8 fue el contenido del párrafo, pues, en este se establece un elemento restrictivo que de preservarse en el ordenamiento jurídico, amenaza la garantía efectiva del derecho. Se trata de los conceptos de “vinculación directa” y “vinculación indirecta” con el tratamiento, lo cual condiciona la inclusión o exclusión de la prestación del servicio. Estimó la Corte Constitucional que, estas limitaciones y, además indefiniciones en el acceso al derecho, hacían imperativo excluir tal párrafo del ordenamiento, declarándose en consecuencia su inexecutable³⁶.

En octavo lugar, en materia de determinantes sociales de salud, es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los

³⁶ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud³⁷.

Adicionalmente, la Corte Constitucional en materia de determinantes sociales declaró la exequibilidad, entre otras razones, porque establecer como deber del Estado el de la adopción de políticas públicas tendientes a reducir las desigualdades, se encuentra en consonancia con lo dispuesto en el artículo 13 de una parte y, con lo dispuesto en el artículo 366, de otra. La búsqueda de la igualdad como cometido con rango constitucional en nada riñe con la Carta. Igualmente, se observó un mandato según el cual los factores determinantes sociales de salud, serán financiados con recursos diferentes a los destinados para el cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud. Para el Tribunal Constitucional no se desconoce la Constitución cuando el legislador, en uso de su potestad, establece que los recursos destinados a un sector, no deben cubrir los gastos que comporte otro, más cuando en el precepto se reconoce que esos otros sectores serán financiados con otros recursos³⁸.

En noveno lugar, en materia de derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud, tenemos:

Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del

³⁷ Artículo 9 de la Ley Estatutaria en Salud.

³⁸ Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

q) Agotar las posibilidades *razonables* de tratamiento *efectivo* para la superación de su enfermedad³⁹.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su auto-cuidado, el de su familia y el de su comunidad.

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la

³⁹ Séptimo. Declarar *exequible* el artículo 10, salvo las expresiones “razonables” y “efectivo” del literal q) y “con necesidad” del parágrafo 1 del inciso segundo, las cuales se declaran *inexequibles*.

vida o la salud de las personas.

- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud.
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.
- f) Cumplir las normas del sistema de salud.
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos *con necesidad*⁴⁰.

El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido anteriormente⁴¹.

Adicionalmente, la Corte Constitucional al analizar los derechos y deberes de las personas en relación con la prestación de los servicios de salud, encontró que el listado de derechos estipulado por el legislador es enunciativo. En cuanto a los derechos en particular consideró lo siguiente:

1. Los derechos contenidos en las literales a), b) e i) contenidos en el inciso 1 del artículo 10, fueron valorados como constitucionales en razón a que son expresión del elemento esencial de la accesibilidad al derecho.
2. Los derechos contenidos en los literales c), d), g), l), m) y n) del inciso 1 del artículo 10 fueron declarados exequibles al estimarse que son expresión del acceso a la información, entendido este último como un elemento esencial del derecho a la salud. La Corte Constitucional recordó y reiteró su jurisprudencia en materia de consentimiento informado, acceso a la historia clínica del paciente y donación de órganos, pues a estos asuntos aluden los literales d), g) y n), respectivamente.
3. En cuanto a los literales h) y j), se les estimó como constitucionales por ser expresión del elemento esencial de la calidad del servicio. El literal f), visto como una manifestación de la aceptabilidad del servicio, también fue declarado exequible.
4. Los literales k), o) y p), fueron declarados exequibles. El primero de

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Artículo 10 de la Ley Estatutaria en Salud.

ellos se halló conforme a la apreciación que la Corte Constitucional había tenido del concepto de datos sensibles y al principio de confidencialidad. El literal o) se encontró ajustado al artículo 12 de la Carta y, el literal p) se entendió como un precepto que contribuye a eliminar obstáculos para la realización del derecho.

5. Por su parte, el literal q) que contemplaba como derecho “Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad”, fue revisado por la Corte Constitucional con especial atención, pues, incorporaba 2 expresiones que se tornaban en restricciones indeterminadas del derecho fundamental a la salud. La Corte consideró que la expresión “razonables”, fungía como restricción indeterminada, pues, no se señaló por el legislador ningún elemento que la hiciese determinable, tal como quién debería definir esa razonabilidad. La expresión “efectivamente” también fue tachada, pues, no resultaba admisible definir la efectividad de un procedimiento sin haberlo practicado. Para el Tribunal Constitucional, la efectividad del servicio, tecnología, suministro, etc., depende en mucho del paciente y su entorno, por ello está exigencia de efectividad también amenazaba el derecho como una limitación indefinida del mismo. Consecuentemente, se procedió a declarar la inexecutable de los dos vocablos.

Finalmente, los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente. Entonces, la Corte Constitucional indicó que la regla anterior, es constitucional, pues, reitera lo dispuesto en el artículo 48 Superior y la comprensión que a la destinación específica ha fijado la jurisprudencia constitucional, con lo cual se controla el uso que a los recursos de la salud den los diferentes actores del sistema⁴².

4. Bibliografía

Abel, C., *Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990*, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional, Bogotá, 1996.

Abramovich, V. y Courtis, C., *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Editorial Trotta, Madrid.

⁴² Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

- Arango Rivadeneira, R., *El Concepto de Derechos Sociales Fundamentales*, Universidad Nacional de Colombia, LEGIS, Bogotá, 2005.
- Arbeláez Rudas, M., *Derecho a la salud en Colombia: El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Centro de Investigación y Educación popular, CINEP, Institut de Pret Públic, Barcelona, Ediciones Antropos Ltda., Bogotá, 2006.
- Arenas Monsalve, G., *El Derecho Colombiano de la Seguridad Social*, Segunda Edición, Cuarta reimpresión, Bogotá, LEGIS, 2008.
- Barona Betancourt, R., *Primacía de la Realidad en el Sector de la Salud*, Librería Ediciones del Profesional, Bogotá, 2012.
- Bautista, J. D., *Derecho y Economía de la Salud en Colombia*, Bogotá, Librería Ediciones del Profesional Ltda., 2009.
- Bernal Pulido, C., *El Derecho de los Derechos. Escritos sobre la aplicación de los Derechos Fundamentales*, Cuarta Edición, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007.
- De Roux, C. V. y Ramírez J., J. C. (Editores), *Derechos económicos, sociales y culturales, política pública y justiciabilidad*, CEPAL, Bogotá, 2004.
- García-Pelayo, M., “Derecho constitucional comparado”, *Revista de Occidente*, Madrid, 1951.
- Gutiérrez C., L. H., *El derecho a la salud*, Señal Editora, Bogotá, 2000.
- Jiménez De La Jara, J. (Editor), *Chile: Sistema de salud en transición a la democracia*, Ministerio de Salud, Editorial Atena, Santiago de Chile, 1991.
- Paredes Hernández, N., *Derecho a la salud: su situación en Colombia*, Centro de Investigación y Educación Superior, GTZ, Bogotá, 2003.
- Parra Vera, O., *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*, Defensoría del Pueblo, Bogotá, 2003.
- Pinzón Camargo, M. A., *Acceso a medicamentos y patentes, un conflicto de derechos y una propuesta alternativa para su conciliación: una visión desde la nueva economía institucional*, Bogotá, Tesis de Maestría, Universidad Externado de Colombia, 2009.
- Prieto Sanchís, L., *Estudios sobre derechos*, Madrid, Debate, 1990.
- Quintero Mosquera, D. P., *La eficacia del derecho a la salud de los grupos vulnerables en Colombia a partir de la expedición de Ley 100 de 1993*, Bogotá, Tesis de grado doctoral, Doctorado en Derecho, Universidad Externado de Colombia, 2009.
- Rengifo Ordóñez, J. M., *La Seguridad Social en Colombia*, Bogotá, Editorial Temis, 1974.

Rojas Arreola, G., *et. al.*, *Seguridad Social en México: Presente y futuro en Simposio, Temas selectos de Salud y Derecho*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2002.

Samper Rodríguez, G., *La Seguridad Social en Colombia*, Bogotá, Colombo Editores, 1996.

Vélez Arango, A. L., *et. al.*, *La protección del derecho a la salud y la acción de tutela*, Caso de estudio, Universidad de Manizales, 2009.

Red Internacional de ADAPT



ADAPT es una Asociación italiana sin ánimo de lucro fundada por Marco Biagi en el año 2000 para promover, desde una perspectiva internacional y comparada, estudios e investigaciones en el campo del derecho del trabajo y las relaciones laborales con el fin de fomentar una nueva forma de “hacer universidad”. Estableciendo relaciones estables e intercambios entre centros de enseñanza superior, asociaciones civiles, fundaciones, instituciones, sindicatos y empresas. En colaboración con el DEAL – Centro de Estudios Internacionales y Comparados del Departamento de Economía Marco Biagi (Universidad de Módena y Reggio Emilia, Italia), ADAPT ha promovido la institución de una Escuela de Alta formación en Relaciones Laborales y de Trabajo, hoy acreditada a nivel internacional como centro de excelencia para la investigación, el estudio y la formación en el área de las relaciones laborales y el trabajo. Informaciones adicionales en el sitio www.adapt.it.

Para más informaciones sobre la Revista Electrónica y para presentar un artículo,



ADAPTInternacional.it

Construyendo juntos el futuro del trabajo