UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia 1999-2011

Luz Dary Rojas Pardo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012

Exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia 1999-2011

Luz Dary Rojas Pardo

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Director (a):

MSc. Mery Constanza García Vargas

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Medicina, Maestría en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2012

.

A mi madre que a pesar de su ausencia terrenal ha sido la motivación para emprender este viaje.

A mi padre por transmitirme su fortaleza y sabiduría para afrontar cada reto de la vida.

A Andrés Felipe Restrepo H. como parte de los grandes acontecimientos de mi vida.

Agradecimientos

A Dios por ser colmada de sus bendiciones.

A Mery Constanza García Vargas, Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por su extraordinario apoyo y por hacerme partícipe de sus meritorios conocimientos y experiencias.

A Sara Helena Carrillo Amaya, Secretaria Ejecutiva de la Maestría de salud pública de la Universidad Nacional de Colombia, por su valiosa colaboración y su incondicional apoyo.

A Andrea del Pilar Mayorga Palacios, candidata al título de Magister en Salud Pública, por su compañerismo y su acompañamiento en mi formación académica y por su valiosa amistad.

Resumen

El objetivo del presente estudio es identificar y analizar la exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia durante el periodo 1993-2011. Es de resaltar el gran impacto de las problemáticas de salud pública actuales sobre la población colombiana, las que han sido poco o nada analizadas en términos de exigibilidad. Para ello, mediante un muestreo aleatorio estratificado, se analizó una muestra de 4.819 actos de exigibilidad ciudadana que invocan algún derecho de salud pública.

Los hallazgos muestran que en dicho periodo la exigibilidad de estos derechos por medio de las acciones populares y de grupo presenta una tendencia ascendente, mientras que las acciones de tutela han disminuido. Los derechos que más se invocaron están relacionados con medidas de saneamiento ambiental, tales como el derecho al goce de un ambiente sano, a la seguridad y salubridad pública y al acceso a servicios públicos y eficiencia en su prestación. Las principales pretensiones de los actores populares fueron: construcción, mantenimiento y adecuación de vías peatonales; instalación, reparación, adecuación de estructuras de acueducto y alcantarillado; prestación oportuna y eficiente del servicio de acueducto y alcantarillado, y suministro de agua potable

De otra parte, se concluye en primer lugar que el saneamiento básico debe ser una de las prioridades de la agenda política, sin embargo, también se deben dirigir los esfuerzos hacia la intervención de los múltiples determinantes estructurales que inciden en la salud pública. En segundo lugar, es necesario construir y reforzar presupuestos filosófico-teóricos-legales de la salud y la vida como orientadores de las políticas de salud pública. Finalmente, se consideró que el derecho a la salud pública es fundamental y requiere del fortalecimiento de la acción de tutela como garante del cumplimiento inmediato al menos del mínimo vital, en tanto que se puede estar comprometiendo la vida no de un individuo sino de grupos y colectivos poblacionales.

Palabras claves: Salud pública, exigibilidad, acción popular, acción de grupo, acción de tutela, derecho colectivo.

Abstract

The study´s objective to identify and to analyze the phenomenon of the recoverableness of the right of the public health in Colombia in 1993-2011. It is of standing out the great impact of the current problems of public health on the Colombian population, those that have been rarely or anything analyzed reference to recoverableness. For it, by means of an aleatory stratified sampling, a sample of 4.819 acts of civic recoverableness that invoked some right of public health was analyzed.

The discoveries show that in this period the recoverableness of these rights by means of the popular and class actions it presents an upward tendency, while the tutelage action have diminished. The rights that more were invoked they are related with measures of environmental sanitation, such as the right to the enjoyment of a healthy atmosphere, to the public health and safety, to the access to public services and efficiency in their benefit. The main pretenses of the popular actors were: construction, maintenance and adaptation of pedestrian roads; installation, repair, adaptation of aqueduct structures and sewer system; opportune and efficient benefit of the aqueduct service and sewer system, and potable water supply.

On the other hand, in the fisrt place, it concludes that the basic sanity should be one of the priorities of the political agenda, however, they should also go the efforts toward the intervention of the multiple structural determinants that to impact in the public health. In second place, it is necessary to build and to reinforce philosophical-theoretical-legal budgets of the health and the life also that to guides the politicians of public health. Finally, it was considered that the fundamental right to the public health and it requires of the invigoration of the tutelage action at least as guarantor of the immediate execution of the vital minimum, as long as it cannot be committing the life of an individual but of groups and collective population.

Key words: Public health, recoverableness, popular action, class action, Tutelage action, Constitutional Actions, Collective Rights.

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IX**

Lista de figuras ..... **XIII**

Lista de tablas ..... **XIV**

Introducción **1**

1. Capítulo 1: Marco referencial y planteamiento del problema **5**
1.1. Problemática a investigar: ¿la salud pública como derecho exigible? 5
1.2. Justificación 6
1.3. Objetivos 7

2. Capítulo 2: Marco Teórico **9**
2.1. Una aproximación al concepto de "derecho" 9
2.1.1. Enfoques subjetivo y objetivo del derecho 10
2.1.2. La explicación de los derechos subjetivos desde el Iusnaturalismo y el Iuspositivismo 11
2.1.3. Tipos de derecho 12
2.1.4. Estado social de derecho 15
2.2. La exigibilidad 16
2.2.1. Exigibilidad de los derechos 17
2.2.2. Mecanismos de exigibilidad de los derechos en Colombia 18
2.3. El derecho a la salud 20
2.3.1 La multidimensionalidad del derecho a la salud 22
2.3.2. El derecho a la salud en Colombia 23
2.3.3. La naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia 24
2.4. La redefinición de la salud pública 25
2.4.1. Algunos desafíos de la salud pública 27
2.4.2. Determinantes sociales de la salud 31
2.5. Contexto Colombia 1993-2011 33
2.5.1. Algunos antecedentes de la seguridad social en Colombia 33
2.5.2. Sistema General de Seguridad Social en Salud como producto de la reforma sectorial en Colombia 35
2.5.3. La salud pública en Colombia 36
2.5.4. La problemática de salud pública en Colombia 39
2.5.5. La situación de exigibilidad de los derechos en salud pública 45

3. Capítulo 3: Aspectos metodológicos ... 47
3.1. Diseño metodológico de investigación ... 47
3.2. Plan de análisis ... 48
3.2.1. Acciones judiciales: ... 48
3.2.2. Objeto exigible en salud pública: ... 48

4. Capítulo 4: Resultados ... 51
4.1. Acciones populares ... 51
4.1.1. Distribución de las acciones populares por el derecho a la salud pública según áreas temáticas ... 52
4.1.2. Distribución de las acciones populares por el derecho a la salud pública según Departamentos ... 63
4.2. Acciones de grupo ... 65
4.2.1. Distribución de las Acciones de Grupo por el derecho a la salud pública según áreas temáticas ... 65
4.2.2. Distribución de las Acciones de Grupo por el derecho a la salud pública según Departamentos ... 67
4.3. Acciones de tutela ... 68
4.4. Consolidación de acciones constitucionales ... 70

5. Capítulo 5: Análisis y discusión ... 71
5.1. La participación de la acción de tutela para la exigibilidad de los derechos de salud pública ... 71
5.2. La salud pública como un derecho justiciable y exigible ... 74
5.3. La participación social como garantía del derecho a la salud pública ... 74
5.4. El perfil epidemiológico y los aspectos de salud pública objeto de exigibilidad de los derechos ... 76
5.5. El modelo de salud: la enfermedad como vía para lograr salud pública ... 78
5.6. Las dimensiones individual y colectiva de la salud ... 79

6. Conclusiones y recomendaciones ... 81

Anexo A: Registro de datos ... 85

Bibliografía ... 87

Lista de figuras

Pág.
Gráfica 4-1 Acciones populares instauradas durante 1999-2011 según área temática... 51
Gráfica 4-2 Porcentaje de acciones populares por área temática1999-2011 52
Gráfica 4-3 Derechos invocados en acciones populares en el tema de Espacio Público 1999-2011 53
Gráfica 4-4 Porcentaje de las pretensiones de las acciones populares en el tema de Espacio Público 1999-2011 55
Gráfica 4-5 Derechos invocados en acciones populares en el tema de agua 1999-2011 55
Gráfica 4-6 Porcentaje de pretensiones de las acciones populares en el tema de Agua 1999-2011 57
Gráfica 4-7 Derecho invocados en acciones populares en el tema de Medio Ambiente 1999-2011 57
Gráfica 4-8 Porcentaje de las pretensiones de las acciones populares en el tema de Medio Ambiente 1999-2011..... 60
Gráfica 4-9 Derechos invocados en acciones populares en el tema de alimentos, medicamentos y otros 1999-2011..... 60
Gráfica 4-10 Porcentaje de pretensiones de las acciones populares en el tema de Alimentos, Medicamentos y otros afines 62
Gráfica 4-11 Derechos invocados en acciones populares en el tema de Servicios de Asistencia Sanitaria 1999-2011 62
Gráfica 4-12 Porcentaje de pretensiones de las acciones populares en el tema de servicios de salud 1999-2011 63
Gráfica 4-13 Porcentaje de acciones de grupo por área temática 1999-2011..... 66
Gráfica 4-14 Derechos invocados en acciones de grupo 1999-2011 67
Gráfica 4-15 Número de acciones de tutela por concepto de medio ambiente y salubridad pública 1999-2010..... 69

Lista de tablas

Pág.
Tabla 4-1: Acciones populares según departamento 1999-2011 64
Tabla 4-2: Pretensiones de las acciones populares instauradas durante 1999-2011..... 64
Tabla 4-3: Acciones de grupo según departamento 1999-2011 67
Tabla 4-4: Acciones tutela en salud 1999-2011 69
Tabla 4-5: Consolidación de acciones constitucionales que invocan algún derecho de salud pública 1999-2011 70
Tabla 4-6: Acciones populares y de grupo que invocan algún derecho de salud pública 1999-2011 70

Introducción

Los estudios realizados acerca de la exigibilidad del derecho a la salud se han enfocado principalmente hacia las acciones de tutela en salud desde 1999 con énfasis en la negación de los servicios individuales del Plan Obligatorio de Salud (POS), tales como el acceso a medicamentos, cirugías, procedimientos, exámenes diagnósticos, entre otros. Y de otra parte se ha evidenciado que existen pocas tutelas en relación con los servicios que competen a la salud pública como aquellos relacionados con el medio ambiente y la salubridad pública [25,26,27,28,29,30,31].

Cuando se analizan esos hallazgos frente a la situación de salud pública en Colombia, se podría esperar correspondencia con la exigibilidad de tales derechos, pero no es así. Esto conduce a interrogantes que merecen ser analizados desde la salud pública y desde el derecho.

En primer lugar, al relacionar la exigibilidad de los derechos de salud pública, frente a las garantías constitucionales surgen ambigüedades puesto que la salud considerada como un derecho fundamental aparentemente sería un asunto de carácter individual que es resguardada por las acciones de tutela. Ahora bien, algunas condiciones de salud pública amparadas constitucionalmente como derechos colectivos, adquieren otros mecanismos de protección y garantía como las acciones populares y de grupo. Este fenómeno genera una gran inquietud acerca de la naturaleza del derecho a la salud en términos de individualidad y colectividad, lo que determinaría la dinámica de protección y garantía, puesto que caben las siguientes preguntas: ¿porqué se clasifica la salud colectiva y ambiental en tercera categoría, cuando en muchos casos se está comprometiendo la vida de colectivos poblacionales? y ¿por qué si se afecta la vida de un individuo, procede la tutela y porqué cuando se afecta la vida de colectivos poblacionales procede una acción popular ?

De otra parte surge la inquietud acerca del concepto que se tiene de la salud pública desde la perspectiva institucional y la poblacional. En el primer caso, se ha dado cierta prioridad a la salud de los individuos en relación a los servicios de atención en salud, abogando principalmente por el acceso universal al sistema sanitario, dejando en la individualidad el alcance deseado de salud, ¿A caso se presume la salud pública como la suma de la salud de los individuos?

En cuanto a la perspectiva poblacional, la inquietud se orienta principalmente hacia cómo se observa la salud pública en el contexto actual, si se le conoce como un derecho susceptible de ser exigido o se asocia ésta con servicios de tipo gratuito dirigidos a poblaciones vulnerables? ¿Cuáles derechos son exigidos, bajo qué mecanismo judicial y cuál es la magnitud de tal exigibilidad?

Entonces se propone un estudio descriptivo que tiene como objetivo identificar y analizar el fenómeno de la exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia durante la vigencia del actual sistema general de seguridad social en salud. El diseño de investigación consistió en un muestreo aleatorio estratificado con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 2% un universo de 7.167 registros de acciones populares y 117 de acciones de grupo tomados de las bases de datos de la Defensoría del Pueblo y los registros de 2.910 acciones de tutela que invocan el derecho al medio ambiente y la salubridad pública en una serie de publicaciones adelantadas por la Defensoría del Pueblo durante el periodo de 1999 a 2011.

Para el análisis de los derechos de salud pública invocados se toman como referencia aquellos contemplados por la Defensoría del Pueblo, los que constitucionalmente se contemplan en los artículos 78, 79, 80, 82, 302, 366 de la Carta Política Colombiana a saber: el derecho a la participación de consumidores y usuarios; el goce de un ambiente sano; el manejo y el aprovechamiento de los recursos naturales; la protección de la integridad del espacio público; el mejoramiento de la administración o prestación de los servicios públicos y por último el saneamiento y el agua potable, respectivamente.

Con respecto a los mecanismos judiciales para la protección de tales derechos considerados en este estudio, de acuerdo a la Constitución Política, el artículo 88 establece que "*la ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos*

e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicos, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza que se definen en ella". Adicionalmente, la Corte Constitucional mediante la sentencia SU 913 de 2009 afirma que las acciones de tutela de igual manera son procedentes a la hora de exigir tales derechos.

Los principales resultados consistieron en la identificación de un aumento en el número de acciones populares y de grupo por derechos de salud pública durante el periodo en estudio contrario a una disminución de las acciones de tutela por el mismo concepto. Adicionalmente se identificó que la exigibilidad de tales derechos es mínima con respecto a la exigibilidad del derecho a la salud individual del Plan Obligatorio de Salud.

Los derechos en salud pública que más se exigieron son ambiente sano 56.2%, seguridad y salubridad pública 14.9% y acceso a los servicios públicos y eficiencia en su prestación 8.6%; y las principales pretensiones de los actores populares fueron la construcción, el mantenimiento y la adecuación de vías peatonales con un 13.4%; la instalación, reparación y adecuación de estructuras de acueducto y alcantarillado con la prestación oportuna y eficiente de tales servicios 12.9 y 10.7%, respectivamente; el suministro de agua potable con un 9.5%.

Por otra parte se observa que la exigibilidad y el desarrollo de la jurisprudencia en materia de salud se han enfocado predominantemente en la dimensión individual; que la práctica y las políticas de salud pública parten del presupuesto de la enfermedad, y que los derechos de salud pública como derechos colectivos requieren para su protección judicial la acción de tutela en tanto comprometen otros derechos fundamentales como la vida y la dignidad humana.

La descripción de la situación de exigibilidad de los derechos de salud pública que pretendió abordar el presente estudio es un primer acercamiento a este fenómeno que amerita una especial atención a fin de que estudios posteriores logren revisar detalladamente otros determinantes que rodean dicha temática, como por ejemplo las perspectivas poblacional, institucional y/o judicial que orientan la exigibilidad de tales derechos.

El tema de la exigibilidad del derecho a la salud pública, resulta ser entonces un objeto de estudio de gran relevancia social considerando la afectación directa de colectivos, más que de individuos, ante las situaciones que amenazan y deterioran el estado de salud y que con menor frecuencia han sido motivo de solicitud ante las autoridades pertinentes.

1. Capítulo 1: Marco referencial y planteamiento del problema

1.1. Problemática a investigar: ¿la salud pública como derecho exigible?

La exigibilidad del derecho a la salud en Colombia ha sido un fenómeno abordado predominantemente en términos de la salud individual, haciendo énfasis en la exigibilidad mediante acciones de tutela de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud- POS y otros No POS, como medicamentos, cirugías, procedimientos y exámenes diagnósticos. Por el contrario, con respecto a la exigibilidad por el derecho a la salud pública, no se observa el mismo abordaje.

Para ilustrar este fenómeno, y tomando como ejemplo las acciones de tutela interpuestas por concepto de medicamentos, los informes de la Defensoría del Pueblo revelan que: en el periodo 1999-2002, se presentaron 22.099 tutelas por concepto de medicamentos1 y 1572 por concepto de medio ambiente y salubridad pública. En el periodo 2003-2005 fueron 49.753 por el primer concepto y 838 por el segundo. Entre el 2006-2008 se aumentaron las tutelas por medicamentos a 87.870 y para medio ambiente y salubridad pública disminuyo a 137 y finalmente, en el año 2009, las cifras por los dos conceptos pasaron a 22.994 y 177 acciones de tutela, respectivamente.

La principal observación al respecto pretende demostrar que la minoría en las cifras de acciones de tutela interpuestas por el derecho a la salud pública no hace referencia, necesariamente, a una ausencia de problemáticas de la salud pública en Colombia; si no que por el contrario, ante la situación de salud Colombiana, documentada más adelante,

[1] De acuerdo a los informes de la Defensoría del Pueblo, se evidencia que dentro de las acciones de tutela interpuestas más frecuentemente por conceptos POS, entre 1999-2009, se encuentra que los medicamentos se constituyen dentro de las primeras causas de tutela

surge la inquietud acerca de ¿cuál es la dinámica de exigibilidad de tales derechos en el país?, considerando que estos, consagrados constitucionalmente como derechos colectivos, se constituyen como derechos fundamentales toda vez que se relacionan con el derecho a la vida, la integridad personal y la dignidad humana, por ende, aunque por su carácter colectivo se les ha adjudicado las acciones populares y de grupo para su aplicación y protección, se asume que también es procedente la acción de tutela a la hora de exigirlos.

1.2. Justificación

De acuerdo a los informes de OPS de 1998 a 2010 y las encuestas ENDS 2000, 2005 y 2010, se ha documentado que la situación de salud en Colombia durante el periodo 1993 a 2010 se caracterizó por la prevalencia de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles como el dengue y la malaria; enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y las relacionadas con el sistema circulatorio; la morbimortalidad infantil dada principalmente por enfermedades como la EDA y la IRA, la desnutrición infantil asociada a niveles bajos de educación de los padres y la pobreza; la relativa persistencia de la mortalidad materna; el aumento de las cifras de violencia intrafamiliar; el aumento de morbilidad laboral; la deficiencia en los servicios de saneamiento básico y el suministro de agua potable, entre otros datos documentados más adelante.

Ante dicha situación surge el cuestionamiento acerca de la exigibilidad del derecho a la salud pública, aquel que corresponde básicamente al entorno del ser humano y contempla el derecho a la salud desde la colectividad, pues se observa que éste continúa siendo un tema que no ha sido igualmente documentado, contrario a lo que sucede con el derecho a la salud relacionado con el acceso a los diferentes servicios de atención, tratamiento y rehabilitación, es decir, el derecho basado en la individualidad. Así surge la siguiente pregunta: ¿En qué magnitud y mediante cuál instrumento judicial se exigen los derechos de salud pública? ¿Dicha exigibilidad responde a la problemática de salud ya documentada?

Este tema resulta ser entonces un objeto de estudio de gran relevancia social considerando la afectación directa de colectivos, más que de individuos, ante las situaciones que deterioran el estado de salud y que en menor medida han sido motivo de solicitud ante las autoridades pertinentes.

El estudio presentado contribuirá, entre otras cosas, al desarrollo del debate en materia de exigibilidad del derecho a la salud pública, reconocido constitucionalmente como un derecho de carácter colectivo, sin embargo, también como un derecho fundamental dada su conexidad con el derecho a la vida y la integridad de las personas, por lo que se le ha instrumentado la acción de tutela como mecanismo de aplicación y protección, además de las acciones populares y de grupo que constitucionalmente se establecen para la protección de los derechos colectivos.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar la exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia durante el periodo 1999-2011

1.3.2. Objetivos específicos

- Hacer una aproximación teórica de la salud pública con enfoque en los determinantes sociales.
- Revisar los aspectos teóricos de la exigibilidad del derecho, aplicados al campo de la salud en Colombia.
- Analizar los registros y acciones de demanda del derecho a la salud pública en Colombia en el periodo 1999-2011.

2. Capítulo 2: Marco Teórico

Se han tomado algunos referentes teóricos universalmente aceptados acerca del derecho y la exigibilidad. Así, visualizando el derecho a la salud como un derecho subjetivo, susceptible de ser exigido ante su amenaza y/o vulneración, se expone su dinámica en el contexto colombiano. Lo anterior con el fin de observar finalmente la salud pública como parte de ese derecho cuya protección y realización imprime un gran impacto colectivo.

2.1. Una aproximación al concepto de "derecho"

El concepto de derecho ha sido un tema predilecto del debate entre filósofos y juristas de diversas épocas, inspirados en un devenir de corrientes de pensamiento e influenciados por el contexto histórico y social en el que han tratado de dar respuesta al asunto.

Bobbio (2002) afirma que existen documentadas al menos tres teorías que dan cuenta del asunto, cada una de ellas con un enfoque diferente que no por ello son excluyentes, a saber: la teoría normativa, la teoría del derecho como institución y la teoría del derecho como relación.

Desde el enfoque normativo, éste autor define el derecho como un sistema de normas, o reglas de conducta que conducen el actuar de las sociedades en un determinado sentido, permitiendo, obligando y prohibiendo en otros casos, acciones a cada uno de los individuos. Sin embargo, el derecho no encuentra su fundamentación únicamente en un sistema normativo, para Romano, citado por Bobbio (2002), el derecho nace sólo cuando "*un grupo social inorganizado pasa a ser organizado por un orden social organizado*," es decir, surge entonces la Institución y para que esto sea posible es preciso: determinar los fines propios de la Institución; establecer los medios necesarios para lograr aquellos fines, y distribuir las funciones específicas de los individuos para que cada uno contribuya de acuerdo a los medios previstos a lograr el fin último [11].

Ahora bien, la Institución no es un hecho sin un sistema de normas de conducta que brinde el soporte a tal organización y aunque la segunda no es exhaustiva si le es considerada como un fenómeno originario [11].

La tercera teoría que expone el mismo autor, centrada en el derecho como una relación, establece que sólo existe una relación jurídica en la medida en que ésta se fundamenta en una relación derecho - deber, es decir, en que uno de los actores es un titular de derecho para lo cual requiere de otro como titular del deber.

La correspondencia entre las tres teorías la explica Bobbio (2002) de la siguiente manera:

"En efecto, la experiencia jurídica nos coloca frente a un mundo de relaciones entre sujetos humanos organizados establemente en sociedad mediante el uso de reglas de conducta. Como fundamento de los tres aspectos complementarios, queda el aspecto normativo".

El concepto de derecho en este sentido, es entendido como el sistema normativo que permite la convivencia pacífica dentro de una sociedad, facilita la paz y la armonía y cuyas normas son de obligatorio cumplimiento, pues están respaldadas por una sanción en caso de incumplimiento [122].

2.1.1. Enfoques subjetivo y objetivo del derecho

Hasta el momento se ha presentado una explicación del concepto de derecho como el sistema normativo que regula el actuar de la sociedad y el estado. En palabras más precisas, se ha hecho referencia al concepto en término en singular "derecho", que estipula dicho sistema normativo, y que se conoce con el nombre de derecho objetivo.

"El derecho objetivo no se limita a concedernos facultades o poderes para obrar en forma determinada, sino que acentúa su carácter instrumental poniendo al servicio de nuestra voluntad individual la posibilidad de modelar nuestras relaciones jurídicas en la forma que estimemos más conveniente" [58].

Por el contrario, el término "derechos", connota las facultades atribuibles a la persona y hace referencia al derecho subjetivo [58].

Por derecho subjetivo entiende cualquier expectativa positiva (prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un individuo por una norma jurídica [34].

Por lo tanto los derechos subjetivos son situaciones de poder concreto que la ley ampara y que se pueden emplear discrecionalmente para satisfacer las necesidades o intereses [58].

2.1.2. La explicación de los derechos subjetivos desde el Iusnaturalismo y el Iuspositivismo

Dos grandes tradiciones jurídico-filosóficas modernas deslumbran el panorama de las relaciones sociales fundadas en el derecho, estas son el Iusnaturalismo y el Iuspositivismo, dando un lugar al ordenamiento según las leyes naturales y las elaboraciones formales hechas por el hombre.

Desde la antigüedad, el concepto abstracto de derecho fue expuesto por Aristóteles, Hobbus (2009) cita el aparte del texto Ethica Nicomachea que hace referencia al derecho natural, dilucidando una distinción de la justicia, asumiendo una como natural (phusikón) y otra como legal (nomikón) y afirmando acerca de la primera su carácter inmutable y que tiene ”la misma fuerza en todos los lugares” independientemente de cualquier opinión. Es decir, que los derechos naturales se fundamentan en la naturaleza humana (divina o racional), son antecesores a la conformación del estado y por consiguiente su naturaleza los posiciona como superiores a cualquier otra forma de derecho que rija la conducta humana como el derecho positivo y que su carácter natural les otorga una trascendencia y validez universales y obliga a su cumplimiento por medio del uso de la razón [66].

Nicolás de Oresme, citado por *Marcone (2005),* hace un listado de algunos de estos derechos exponiendo la magnitud de su contenido, así por ejemplo menciona algunos tales como “*honrar a Dios, amar a los bienhechores, respetar los buenos acuerdos y tales cosas que son como principios morales. Y con todo lo que se sigue evidentemente de esos principios, así, por ejemplo, defender al país, castigar al malhechor y algunas reglas de derecho…la división de las posesiones y los intercambios y cosas por el estilo, ya que la naturaleza humana no podría de otro modo vivir bien*”. Adicionalmente, Marcone (2005) menciona derechos naturales tales como la libertad y la igualdad, su argumentación lo hace en base al “bien más preciado: la vida”. Además discute la

posición neutral de Hobbes al mencionar que si bien es cierto que el derecho natural exige un cumplimiento fundado en la razón y bajo el precepto del “actuar bien” o actuar de acuerdo a las leyes morales que son aceptadas por los humanos en uso de su razón, existe un ambiente de desconfianza e incertidumbre en la medida en que el actuar humano puede en un momento dado orientarse hacia sus “pasiones” y desviarse de lo moralmente reglado en detrimento de los derechos naturales que conciernen al otro, como por ejemplo la vida. O como lo explica Hobbes, citado por el mismo autor el derecho a la igualdad y la libertad, por ejemplo, propiciaría inseguridad y temor recíproco que conduciría a un estado permanente de guerra en la medida en que todos gozan del mismo derecho, lo que en determinados momentos generaría la disputa entre unos y otros: “estado de guerra”. Y entra aquí el discurso del iuspositivismo; Además el autor afirma que Hobbes reconoce la necesidad de materializar tales derechos naturales en una norma formal, creada por los hombres que pretenda salvaguardar los derechos naturales y menciona entonces el pacto social que conduzca a un poder común, al poder soberano.

2.1.3. Tipos de derecho

Nuñez (1998) menciona algunas clasificaciones que han descrito diferentes autores acerca de los derechos humanos. Dentro de ellas existe una clasificación según el periodo histórico en que estos han sido reconocidos internacionalmente; así surgen los derechos de primera generación como aquellos establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; los derechos de segunda generación reconocidos mediante el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y los derechos de tercera generación reconocidos ultimadamente y que enmarcan una serie de acciones a nivel global a fin de ser garantizados.

- Derechos de primera generación

Conocidos también como derechos fundamentales que Ferrajoli (2006) ha descrito a partir de tres perspectivas diferentes: la teoría del derecho, el derecho positivo y la filosofía política. Así, desde la teoría del derecho, el autor afirma *"son derechos fundamentales todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del estatus de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar”.* Desde el punto de vista del derecho positivo, define

los derechos fundamentales como aquellos contemplados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y en los pactos internacionales de 1966 y finalmente, desde la filosofía política, Ferrajoli (2006) los define como aquellos derechos que convergen hacia la garantía de la paz, la igualdad y las leyes del más débil.

Gómez (2009) afirma que los derechos fundamentales cuentan con unas características comunes que hacen que estos constituyan el núcleo de la dignidad humana. Los derechos fundamentales son: universales, inalienables, imprescriptibles, irrenunciables, no comerciables, incondicionales, de textura abierta en su interpretación judicial y poseen cierta jerarquía entre unos y otros. Adicionalmente el mismo autor afirma que la garantía de éstos es de realización inmediata, ya que no requieren reglamentación o desarrollo legislativo.

Con respecto a cuáles son los derechos fundamentales, Gimbernat (2008) incluye dentro de los derechos de primera generación, los derechos civiles y políticos, estos son los derechos a las libertades individuales y los derechos de carácter cívico, tales como los proferidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos en los artículos primero hasta el 21: derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad y a la participación política.

No obstante, aunque ha sido bastante discutido, se ha aceptado la definición de los derechos sociales como derechos fundamentales, dentro de los que se incluye la seguridad social, en atención a que estos contribuyen a la defensa de la dignidad humana [63].

- Derechos de segunda generación

Estos derechos requieren de la acción del estado para ser garantizados, y como lo expone Contreras (2004) estos operan bajo la lógica de las libertades positivas, que implican una obligación correlativa para su protección y reconocimiento titulada a un responsable y que generalmente son de carácter prestacional.
Estos derechos llamados también “derechos sociales” fueron reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, Nueva

York, 19 de diciembre de 1966 [140]. Su contenido atiende asuntos como vivienda, trabajo, salud, educación, entre otros.

A diferencia de los derechos de primera generación, los derechos sociales son de aplicación progresiva, de ahí que su facultad de exigible se haya convertido en un tema de fuertes debates. Se considera que su garantía es indirecta y progresiva en tanto su aplicabilidad no es de carácter inmediato y se ve condicionada por los recursos financieros, casi siempre escasos [145].

Londoño y colaboradores (2009) exponen, en primer lugar que los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante derechos sociales) carecen de la amplia exigibilidad en relación con los derechos de primera generación, no considerándolos como de menor importancia, sino explicando el diferente grado de desarrollo de las garantías judiciales para unos y otros. Adicionalmente, aseveran que los sectores que niegan la naturaleza fundamental de los derechos sociales, determinan que el carácter prestacional de los mismos y la indeterminación de sus contenidos en la redacción de las normas que los prevén, son otras dos consideraciones que impiden la exigibilidad inmediata de estos, convirtiéndolos en directrices políticas dirigidas al legislador y las autoridades administrativas que tienen a su cargo la formulación de políticas públicas y que tan solo cuando estos se constituyen como norma, adquieren cierta exigibilidad.

- Derechos de tercera generación

La Corte Constitucional de Colombia declaró en la Sentencia T-415 de 1992:

"Los derechos de la llamada tercera generación, han sido concebidos como un conjunto de condiciones básicas que rodean al hombre, que circundan su vida como miembro de la comunidad y que le permiten su supervivencia biológica e individual, además de su desempeño normal y desarrollo integral en el medio social".

Así, Gómez (2009) explica que los derechos de tercera generación, llamados también derechos de solidaridad, son de carácter colectivo y tienen que ver con un medio ambiente sano, con la preservación del equilibrio del ecosistema favorable para la salud física y psíquica de las personas.

Al igual que los derechos sociales, estos derechos son de aplicación progresiva y poseen un carácter prestacional. Su titulación puede ser individual o colectiva y su justiciabilidad

puede garantizarse con la mera amenaza de daño, por ello se les considera de carácter preventivo [62].

La finalidad de los derechos de solidaridad es preservar la especie humana considerada como un todo, y como su nombre lo indica, Karel Vasak citado por Uprimny (1992), define que la característica principal de estos, es precisamente que su realización se da por la acción solidaria de todos los actores del juego social: Estados, individuos, y otras entidades públicas y privadas.

En cuanto al contenido de los derechos, se definen como derechos de solidaridad el derecho a la paz, al medio ambiente sano, al desarrollo, al patrimonio común de la humanidad, a la seguridad y salubridad pública, entre otros [62].

2.1.4. Estado social de derecho

Valdez (2005) expone que cuando se establece una autoridad de reglas a cambio de la arbitrariedad de un gobernante quien a su vez se somete al cumplimiento de las normas, surge el comienzo histórico y jurídico para el estado de derecho, es decir, el estado fundamentado en la legalidad; el Estado Social de Derecho que comprende la condición social enmarcada en el acto de la legalidad [140], así por ejemplo la Corte Constitucional Colombiana en la sentencia C-449 de 1992 define

"La concepción clásica del Estado de derecho no desaparece sino que viene a armonizarse con la condición social del mismo, al encontrar en la dignidad de la persona el punto de fusión. Así, a la seguridad jurídica que proporciona la legalidad se le aúna la efectividad de los derechos humanos que se desprende del concepto de lo social. El respeto por los derechos humanos, de un lado, y el acatamiento de unos principios rectores de la actuación estatal, por otro lado, constituyen las consecuencias prácticas de la filosofía del Estado social de derecho. En este sentido el concepto de Estado social de derecho se desarrolla en tres principios orgánicos: legalidad; independencia y colaboración de las ramas del poder público para el cumplimiento de los fines esenciales del Estado; y criterios de excelencia".

Valdez (2005), afirma que el concepto de estado social de derecho surge con la inclusión de los Derechos económicos, sociales y culturales dentro de las normativas constitucionales.

Gaviria (2002) hace una breve explicación acerca de los paradigmas de la dignidad humana a partir de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 proclamada por la revolución Francesa. Así, afirma que un primer paradigma de la dignidad humana hace alusión a los derechos de libertad e igualdad. Sin embargo ante el cuestionamiento que realiza frente a las exposiciones marxistas que dejan entre ver la verdadera realización de tales derechos condicionada a las posesiones materiales; ¿Cómo atender las necesidades previas que requiere el individuo para que le sean garantizados tales derechos? Gaviria cita el ejemplo dado por Marx, si los individuos gozan de la libertad de movilizarse, dicha libertad estará condicionada a la capacidad material del mismo para hacerlo (medio de transporte y/o gastos económicos) [48].

Ante tal cuestionamiento, el mismo autor refiere que surge entonces el segundo paradigma de la dignidad humana y en consecuencia surgen las nuevas declaraciones en pro de los derechos sociales, económicos y culturales que transforma el estado de derecho en estado social de derecho, que aboga por el bienestar de las poblaciones.

“Y eso de que los hombres sean iguales va más o menos dentro de esa segunda línea, de que para que los hombres sean iguales es necesario que tengan suplidas ciertas necesidades básicas [48]”.

2.2. La exigibilidad

La exigibilidad de los derechos ha sido definida como un proceso social, político y legal ejercido mediante la participación activa de la sociedad civil como una condición sustancial del ejercicio de su ciudadanía tendiente al cumplimiento de las normas que consagran los derechos y su ejercicio puede ser de carácter individual o colectivo [23].

Entendiendo, la exigibilidad como esa capacidad de la sociedad, para “exigir” un derecho que le es propio y que eventualmente puede ser vulnerado; hasta ahora es considerado como una acción participativa. Sin embargo dentro de las amplias posibilidades de exigir, la situación problemática en materia de exigibilidad se presenta cuando no se cuenta con unos mecanismos judiciales precisos para determinados derechos. Contemplando esta

problemática, se aborda la Justiciabilidad, que en el International Human Rights Internship Program, “Una onda en aguas tranquilas”, 1997 citado por Abromich y Courtis (2009) se le definió *como “la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho”.* Así Kelsen, H. citado por Abramovich y Courtis (2009), manifiesta que gozar de un derecho subjetivo implica contar con un poder jurídico otorgado por el derecho positivo para exigirlo mediante acciones de demanda.

2.2.1. Exigibilidad de los derechos

El discurso de la justiciabilidad en la protección y garantía de los derechos proclama que el derecho es exigible en tanto se le reconozca como derecho pleno y cuenta con los mecanismos judiciales para su justiciabilidad [1].

La asignación de categorías de orden de los diferentes derechos humanos (primer, segundo y tercer orden) ha dejado en consideración los mecanismos de exigibilidad de los derechos y por ende la celeridad con la que se garantizan los mismos ante una eventual amenaza y/o cuando se ven directamente vulnerados. Es por ello que los derechos fundamentales cuentan con una acción inmediata para su realización y garantía gracias al mecanismo de la acción de tutela, acción de amparo, mandato de seguridad, recurso de amparo, recurso de protección, garantía de amparo, acción de protección, entre otras diferentes denominaciones que hacen alusión a un mismo mecanismo de protección de los derechos de los ciudadanos [31].

Por el contrario, los derechos sociales y los de solidaridad condicionados a las normas programáticas como lo ha definido Zuñiga (2007) *“tienen un valor normativo restringido y de eficacia normativa indirecta y mediata*”.

Abramovich y Courtis (2009) han dejado entre ver la débil división que existe entre unos y otros con el propósito de establecer una homogeneidad que no dirima la exigibilidad y por tanto la justiciabilidad de los derechos sociales. Es así como expone que: 1) No es justificable tal división en tanto los derechos de primer y segundo orden, requieren de obligaciones tanto negativas (de abstención) como positivas (de carácter prestacional en algunos casos, y en otros simplemente una acción positiva), en contraposición a los opositores acerca de la justiciabilidad de los derechos sociales que afirman la existencia de una división de estos derechos en cuanto a las obligaciones que exigen, considerando para los primeros obligaciones negativas y para los segundos obligaciones positivas

exclusivamente. 2) Al respecto los autores explican que algunos derechos de primera generación requieren de obligaciones positivas en tanto se requiere disponer de recursos y acciones para su cumplimiento y por otra parte, los derechos sociales exigen obligaciones negativas que procuren su respeto y garantía; también refieren que se evidencia una clara pérdida de las distinciones entre los derechos civiles, los políticos y los sociales en la medida en que los primeros, en determinadas situaciones han adquirido un trato de carácter social, como es el derecho a la libertad de expresión y prensa que alcanza un matiz social a partir de la libertad de información como derecho de todo individuo, y 3) los derechos sociales también han permeado en los de primer orden y un ejemplo claro de ello es el derecho a la salud considerando que esta es primordial para la conservación de la vida como derecho fundamental [1].; y por último, los mismos autores, han manifestado que la división entre estos dos tipos de derechos es injustificada si se tiene en cuenta que los niveles de obligaciones Estatales expuestos por Fried Van Hoof son aplicables a ambos tipos de derechos, pues se estima que tanto unos como otros requieren obligaciones de “respetar”, “proteger”, “asegurar” y “promover”.

Estos autores también han señalado, que la falta de especificación concreta de tales derechos, al no ser sólidamente delimitado su contenido; la limitación del poder judicial en decisiones concernientes a la política pública (tarea de la legislatura, el gobierno y la administración); la falta de acciones o garantías procesales para su exigibilidad, la escasa exigibilidad de los derechos sociales por parte de la población en razón a la desconfianza que los individuos han atribuido a los organismos judiciales, lo que los conduce a llevar a cabo otras formas de exigibilidad, entre otros obstáculos, limitan la exigibilidad judicial de los derechos sociales.

2.2.2. Mecanismos de exigibilidad de los derechos en Colombia

Los mecanismos judiciales mediante los cuales se ampara la exigibilidad de los derechos en Colombia son: para el caso de los derechos fundamentales la acción de tutela, y para el caso de los derechos de tercera generación, se estableció la figura de acciones populares y de grupo.

- Acción de tutela

Esta figura jurídica se hace vigente a partir de la Constitución Política de 1991 que en su artículo 86 la define

“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”.

“La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable” [13].

Sin embargo, también se ha sustentado la procedencia de la acción de tutela para la garantía y protección de los derechos sociales y los de solidaridad, básicamente bajo tres preceptos condicionantes, tales como la amenaza o vulneración del derecho a causa de la existencia de un perjuicio irremediable, que justifica la acción de tutela como acción judicial urgente en la medida en que se presenten daños graves e irreparables; la conexidad del derecho social o colectivo con otros derechos fundamentales y la vulneración y/o amenaza directa de un derecho fundamental [62]. Así por ejemplo, la Corte Constitucional mediante la sentencia T-760 de 2008 ha otorgado este mecanismo de exigibilidad para el derecho a la salud, toda vez que en su vulneración se vea afectada principalmente la vida y la dignidad humana; lo anterior a propósito de la negación de los servicios de los planes de beneficios que han venido presentándose en el orden nacional durante la vigencia del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Acción Popular

La acción popular es el mecanismo de protección de los derechos colectivos, que se caracteriza principalmente por su carácter preventivo, sin embargo ofrece también un tratamiento de reposición [62].

Esta acción constitucional, fundada en la Constitución Política en su artículo 88 que proclama

"La ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicos, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza que se definen en ella…También regulará las acciones originadas en los daños ocasionados a un número plural de personas, sin perjuicio de las correspondientes acciones particulares. Así mismo, definirá los casos de responsabilidad civil objetiva por el daño inferido a los derechos e intereses colectivos" [13].

Posteriormente, su formulación jurídica se concretó con la Ley 472 de 1998 en su artículo 2 que dice:

"Son los medios procesales para la protección de los derechos e intereses colectivos…Las acciones populares se ejercen para evitar el daño contingente, hacer cesar el peligro, la amenaza, la vulneración o agravio sobre los derechos e intereses colectivos, o restituir las cosas a su estado anterior cuando fuere posible".

- Acción de grupo

Aunque las acciones de grupo se constituyen como mecanismo de protección de los derechos colectivos tal como sucede con las acciones populares, la acción de grupo se caracteriza principalmente por ofrecer un tratamiento netamente de rehabilitación y restauración de las cosas a su estado anterior exige una indemnización.

El artículo 3 de la ley 472 de 1998 define

"Son aquellas acciones interpuestas por un número plural o un conjunto de personas que reúnen condiciones uniformes respecto de una misma causa que originó perjuicios individuales para dichas personas…La acción de grupo se ejercerá exclusivamente para obtener el reconocimiento y pago de indemnización de los perjuicios"[60].

2.3. El derecho a la salud

De acuerdo con las anotaciones de Santo Tomas de Aquino, citado por Widow (2008) la ley natural es solo una y esta hace alusión al *bien real y actualmente universal,* es decir Dios como un fin último, haciendo referencia a que Dios está presente en toda acción humana. Con esto pretende explicar que la ley natural, radicalmente única, está asociada a múltiples preceptos que conducen a su realización. Widow (2008) explica tal asunto en

términos de “fines y medios”, una de las posturas del Aquinate, según la cual resulta preciso acudir a algunos medios para la obtención de ese último bien. Es una concepción estructuralmente jerarquizada, que pretende explicar cómo en función del bien universal se ponen a consideración otros bienes particulares, explica el autor

El precepto “haz el bien y evita el mal” equivale exactamente a “ama a Dios con toda tu alma, con todo tu corazón y con todo tu ser” [144].

De este modo el autor expone que se ha puesto a consideración la priorización de los preceptos de la ley natural (primarios, secundarios e inclusive terciarios). A modo de ejemplo, el fin último “ama a Dios” advierte el precepto de “ama la vida humana” en razón a que las actuaciones del segundo estarán dirigidas por un ordenamiento divino y su cumplimiento conduce al primero. Pero para que sea posible llevar cabo tal objetivo resulta preciso proporcionar los medios que conducen a la conservación de la vida humana, es decir, aquellos que la dignifiquen y hagan posible su preservación [144] como por ejemplo, todos aquellos mecanismos conducentes a mantener un estado óptimo de salud, la posibilidad de contar con un mínimo de condiciones vitales como vivienda, alimentación, etc.

“Garantizar la salud, desde la niñez hasta la vejez. Por eso la prolongación de la vida es una obligación, y los cuidados de los seres, desde su concepción hasta su muerte natural, deben ser seriamente resueltos por el estado; por eso el aborto y la aceleración de la muerte a través de la eutanasia, muerte violenta y la desorganización psicológica y mental a través de estupefacientes, que destruyen las capacidades de racionalizar, están vetados por la ley natural y deben estar prohibidas por las leyes positivas del estado” [123].

Retomando las consideraciones de Gaviria (2002) con respecto a los paradigmas de la dignidad humana, el autor afirma lo siguiente

“El derecho a la salud haría parte de esa segunda tabla de derechos, de esa segunda concepción, de ese segundo paradigma de la dignidad humana, en el que se considera que para que la persona sea titular y sujeto de derechos es preciso que algunas de sus

necesidades estén satisfechas. Y ese es el caso, por ejemplo, del derecho a la salud" [48].

La salud en términos de derecho es un tema que podría ser abordado desde las diferentes disciplinas que estudian el derecho: la ciencia jurídica, la filosofía del derecho y la política jurídica que enseña Radbruch (2002). Así, la salud en potencial "estado guerra", como lo es el estado de la ley natural en las acepciones de Hobbes [66], precisa de una formalización jurídica positiva que haga referencia a la ley vigente, es decir, la de un fundamento objetivo, o "*la que es y no la que debe ser*" como se funda en la ciencia jurídica. También requiere un soporte axiológico, fundamentado en la filosofía del derecho en la que se expone el valor jurídico que se otorga según los fines que se proponen, como son la conservación y garantía de su extensión a toda la humanidad. Y finalmente es imprescindible el acto humano en virtud de la postulación de las normativas claras y definidas de la política jurídica que potencien el estado de salud de las sociedades. Todo lo anterior como precepto del bien común que concierne a la conservación de la especie, en aras del ordenamiento divino [112].

2.3.1 La multidimensionalidad del derecho a la salud

Entendiendo las múltiples dimensiones y escenarios en los que se desarrolla la vida humana, cabe rescatar una valiosa observación hecha por Uprimny (2003) con respecto al derecho a la salud desde diversos ámbitos, que sin ánimo de exhaustividad, da una ilustración de la necesidad de considerar el derecho a la salud desde aspectos múltiples y no únicamente basado en la exigencia de servicios asistenciales de corte individual como tradicionalmente se piensa.

El autor expone por lo menos seis dimensiones del derecho a la salud a saber: 1) La protección del cuerpo y la salud de la persona contra injerencias ajenas (integridad física y psíquica); 2) El derecho a la salud colectiva que atañe a asuntos ambientales que afectan la colectividad para los cuales la Constitución Colombiana ha otorgado la acciones populares como mecanismo judicial para su protección, y en consecuencia a la complejidad del derecho la Corte Constitucional le ha otorgado la facultad de ser exigible mediante la vía de acción de tutela; 3) El derecho a la autonomía individual que entra en contraposición con el deber estatal de protección a la salud; 4) El derecho del usuario del sistema de salud frente al ejercicio profesional, como por ejemplo el consentimiento informado; 5) El derecho a la salud articulado con los principios de democracia y

participación que permiten al usuario ser partícipe en la construcción de las políticas en salud y en la gestión del sistema y 6) Por último, el derecho a la salud en términos de acceso a los servicios sanitarios, como tratamientos, medicamentos, entre otros [137].
Al respecto, Paredes (2002) ha enfatizado en las dimensiones social e individual del derecho a la salud. Expone que el primero recae en las políticas de salud pública con las que se pretende dar un control a las enfermedades infecciosas, los servicios sanitarios, la seguridad alimentaria y el medio ambiente, para los cuales las medidas son generalmente de carácter preventivo. Y en cuanto a la dimensión individual se refiere a los servicios de atención específicos, finalmente concluye

"Este derecho exige para su plena realización una obligación positiva, de "hacer" o proporcionar, las condiciones, bienes y servicios que hacen posible la conservación y recuperación de la salud. Dicha obligación está en cabeza del Estado que deberá definir, de acuerdo con cada contexto particular, cómo realizarla" [102].

2.3.2. El derecho a la salud en Colombia

El concepto de derecho a la salud en Colombia ha trascendido a través de diferentes normativas nacionales e internacionales y para fines de la Constitución Política éste es relativamente nuevo.

En la Carta Política de 1886 la única alusión consagrada con respecto a la salud se hace en el artículo 44 donde dice que "*las autoridades inspeccionarán las industrias y procesiones en lo relativo a la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas"*.

Sin embargo, la salud entendida como un derecho, solo es considerada hasta la Constitución Política de 1991, luego de la participación del país en las diferentes convenciones internacionales que pretendieron posicionar el derecho a la salud como un asunto a considerar en las agendas políticas de las naciones, como por ejemplo la ratificación del tratado por parte de Colombia en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en 1966, que en su artículo 12 declara que todas las personas tienen el derecho a gozar del máximo nivel de salud física y mental, cuyo ordenamiento se plasma posteriormente en los artículos 44, 48 y 49 de la Nueva Carta Constitucional Colombiana. Así, Colombia asume el derecho a la salud, como todos los derechos humanos, como producto de la noción de respeto a la dignidad

humana, bajo el principio de "*pacta sunt servanda"* [108]. En consecuencia, se adopta la normativa mediante la política pública de la salud en el país, que para sus efectos se constituyó en la Ley 100 de 1993, lo que dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Otros tratados internacionales ratificados por Colombia, que apuntan al cumplimiento de derecho a la salud, son el Pacto Internacional de Derecho Civiles y Políticos 1966 "nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos"; la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948 que promulga "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". También se puede hacer mención de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial 1965; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 1946 y la Convención sobre los Derechos del Niño 1989. Adicionalmente, en el plano interamericano, existe la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948 y la Convención Americana de Derechos Humanos 1969 [108].

2.3.3. La naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia

Si bien es cierto que el derecho a la salud en Colombia goza hoy de un soporte jurídico que lo garantiza, el debate se centra en la determinación de éste como un derecho social, contrario a lo que estipulan los mencionados tratados internacionales que asignan un carácter fundamental al derecho a la salud.

En el intento de explicar la naturaleza jurídica del derecho a la salud, se ha recurrido al concepto de conexidad de éste derecho con otros de carácter fundamental, especialmente la vida. Así, la Corte Constitucional Colombiana en la sentencia T-016 de 2007 ha proclamado:

"En un primer momento, la Corte Constitucional consideró que la acción de tutela era una herramienta orientada a garantizar el goce efectivo de los derechos de libertad clásicos y otros como la vida. No obstante, también desde su inicio, la jurisprudencia entendió que algunas de las obligaciones derivadas del derecho a la salud, por más que tuvieran un

carácter prestacional y en principio fuera progresivo su cumplimiento, eran tutelables directamente, en tanto eran obligaciones de las que dependían derechos como la vida o la integridad personal, por ejemplo. Esto ha sido denominado la tesis de la conexidad: la obligación que se deriva de un derecho constitucional es exigible por vía de tutela si esta se encuentra en conexidad con el goce efectivo de un derecho fundamental" [19].

Aunque constitucionalmente la salud continúa siendo considerada como un derecho social y teniendo en cuenta que ello implica la efectividad del derecho en forma progresiva, la Corte Constitucional declara que la realización progresiva del derecho a la salud no significa necesariamente que las autoridades puedan demorarse para tomar las medidas necesarias ante la vulneración del derecho; por el contrario, haciendo hincapié en la premisa de la fundamentalidad del derecho a la salud, expone que su realización es particularmente inmediata considerando su conexidad con el derecho a la vida[19]. Este es un claro ejemplo que expone la flexibilidad que en materia jurídica se debe reconsiderar teniendo en cuenta los argumentos de Abramovich y Courtis (2009) cuando pretenden borrar la distinción entre los derechos de primer y segundo orden, afirmando que ambos requieren de obligaciones tanto positivas como negativas, trátese de derechos políticos y civiles o bien de derechos sociales como es el caso del derecho a la salud.

Finalmente, la Corte Constitucional declara el derecho a la salud como un derecho fundamental que ha sido protegido por tres vías: la primera, como ya se mencionó, la conexidad del derecho a la salud con otros derechos fundamentales, como la vida y la dignidad humana. La segunda vía es la garantía del derecho a la salud de los sujetos de especial protección y la tercera afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [21].

2.4. La redefinición de la salud pública

La práctica de la salud pública se ha desarrollado a lo largo de la historia bajo diferentes paradigmas sustentada en los avances teóricos, técnicos y científicos de cada época en particular. Así pasando desde las concepciones higienistas del tiempo antiguo, pasando por el paradigma de la teoría miasmática del siglo XVIII, el de la teoría de los gérmenes de las enfermedades infecciosas y el de la caja negra de las enfermedades crónicas en

las que se adopta una visión ampliada de la salud en función de la dimensión social durante los siglos XIX y XX [14,107,118,131], hasta el día de hoy en que existen nuevos desafíos que obligan a pensar en la restructuración del concepto y de la práctica de la salud pública que dé respuesta a cada una de las problemáticas que surgen a partir del contexto social, cultural y político actual caracterizado básicamente por un debilitamiento de la autonomía estatal como protector de la salud pública y por el surgimiento de nuevas fuerzas sociales y políticas en el marco de la globalización [53].

Es claro que la realidad es cambiante y así con ella también lo debe ser la forma de abordar las problemáticas de salud de las poblaciones. La salud pública, sin embargo, no ha logrado ampliar sus horizontes y por el contrario su objeto de estudio continua siendo la enfermedad y la metodología de corte positivista sigue orientando su investigación y práctica; lo que en la actualidad se traduce en una clara limitación para dar respuesta a los nuevos problemas de salud como la violencia, las enfermedades crónicas y mentales, entre otras [141].

Al respecto, una fuerte crítica que diversos autores han hecho a la salud pública convencional, dentro de los que se destaca Granda (2004), hace referencia a la perspectiva desde la cual se observa el que hacer de la salud pública, que no es precisamente la salud, sino la enfermedad y al respecto el autor lo ha denominado como la "*Enfermología Pública*", puesto que se ha pretendido explicar la salud desde presupuestos filosófico-teóricos de la enfermedad y la muerte; se ha explicado el riesgo de enfermar mediante el método positivista y se ha observado al estado como el único actor garante de la prevención de la enfermedad [53].

Por su parte Menendez (1992) afirma que la salud pública se ha visto avocada a emplear para su desarrollo metodologías de tipo "naturalista" en razón al "*Modelo Médico Hegemónico"*, dejando en segundo plano los procesos sociales que afectan la salud, limitando así su ejercicio en la consecución de la salud de las poblaciones.

Con respecto al contexto socio-político actual, otra clara limitante en el ejercicio de la salud pública es que ésta, en el marco de la globalización y el neoliberalismo, se ha visto relegada a un segundo plano en la medida en que su protección ha pasado a ser una cuestión Estatal -el del estado debilitado- y su gestión básicamente a manos del individuo y su familia, lo que por supuesto ha favorecido el desarrollo de la visión individual de la

salud bajo la protección de la empresa privada en detrimento de la salud colectiva basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad [108].

Las anteriores entre otras discusiones hacen parte de la llamada crisis de la salud pública, sobre las que se intenta repensar la nueva salud pública que responda a las condiciones sanitarias actuales; pues como afirma Granda (2004).

"…estas características filosóficas, teóricas, metodológicas y prácticas de la salud pública convencional, explican sus fortalezas y debilidades, definen los ámbitos de crítica y dan luces para proponer su cambio" [53].

Este autor propone entonces la salud pública alternativa de modo que su que hacer se centre en el entendimiento de la salud y la vida, sin descuidar la enfermedad y la muerte; la observancia de sujetos más que de objetos, capaces de desempeñar un rol participativo que conduzca a la comprensión de sus estados salud y enfermedad y la visualización de otras organizaciones e instituciones además del estado para procurar la salud de las personas.

Por su parte Frenk (1993) en un intento por definir la nueva salud pública manifiesta que ésta se constituye como un universo integrador, al que denominó "*universo de la salud pública*" haciendo alusión a que éste integra, para su práctica y su investigación, tres áreas de aplicación que corresponden a las poblaciones (mujeres, niños, poblaciones vulnerables, entre otros); las problemáticas de salud como algunas enfermedades específicas, y los programas de salud relacionados con alguna temática concreta; cuyos objetos de análisis se centran en las condiciones de salud y la respuesta de la sociedad ante las mismas; analizados desde las ciencias biológicas, sociales y de la conducta. De este modo la salud pública, vista como tal universo integrador sobre el que se desarrollan las prácticas e investigaciones que inciden en el proceso de salud - enfermedad de los individuos, de los colectivos y del entorno es entonces la principal base que abarca múltiples aspectos relacionados con las condiciones de salud y vida de las poblaciones.

2.4.1. Algunos desafíos de la salud pública

En atención al contexto social actual y a la llamada "*crisis de la salud pública*", la OPS (2002) ha hecho un llamado a la comunidad científica para la renovación conceptual de la salud pública, pues como lo ha expuesto, ésta ha experimentado una serie de altibajos

en su desarrollo. Es así como, luego del auge de los avances que en la materia hicieron las sociedades antiguas (los que elevaron la salud pública a acciones de carácter fundamental para la protección y el mantenimiento de la salud de las personas), se evidenció un retraso en la generación de nuevos conocimientos, dado por la represión de la época medieval de carácter fundamentalmente religioso, que fue superado hasta la llegada de un nuevo orden social dado por la revolución industrial del siglo XIX, que con los avances en la microbiología, la salud pública emprendió un nuevo rumbo [78]. Sin embargo, el advenimiento de las crisis económicas y las reformas estatales bajo la influencia del neoliberalismo (especialmente en Latinoamérica) han generado grandes brechas entre y dentro de los países, lo que ha afectado la distribución de los recursos, y resumidamente, ha propiciado dar un fortalecimiento al enfoque clínico de la salud, dejando la salud pública relegada a una función social del Estado que se ha mantenido en segundo plano entre las prioridades de los gobiernos y que se ha asociado principalmente con la prevención de enfermedades infecciosas e higiene ambiental [79].

Analizando todo este contexto, la OPS propone que

La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo [79].

La OPS en su informe “La Salud Pública en las Américas” (2002), expone la complejidad de la realidad actual y sus implicaciones para la salud y la salud pública: La mundialización; los procesos políticos; el medio ambiente y la población, y el desarrollo necesario.

La mundialización o globalización económica, como un nuevo orden social a escala global, conlleva al desarrollo de la ciencia y la técnica, que empleados adecuadamente pueden beneficiar el desarrollo de la salud pública, o por el contrario puede convertirse en un elemento adverso en la medida en que el acceso a ellos se lleve a cabo de manera selectiva, beneficiando únicamente a los países centrales. También, propicia la expansión de la información y la comunicación que pueden ser empleadas como instrumento de capacitación, participación, formación de ciudadanía, valoración de la diversidad cultural, entre otras; sin dejar de lado las posibles problemáticas que puede generar, como la ruptura cultural debida a la sustitución de valores y la reducción de la diversidad y la identidad culturales [79].

Otro aspecto relevante se refiere a la práctica neoliberal de los estados que se ha visto reducida a los procesos de privatización y al aumento de la deuda externa; a las limitaciones en las funciones propias del estado, dentro de las que se encuentran las funciones sociales, su influencia como factor de cohesión social y de elemento mantenedor de una identidad nacional [79]. Al respecto un factor importante es la reorganización de los sistemas de atención a la salud bajo los principios del mercado, lo que ha llevado a distorsiones en los objetivos de salud, subsidios socialmente perversos, aumento de la desigualdad y finalmente la disminución de la eficacia social de los sistemas de salud, en los que la salud pública se ha visto marginada [79].

Otra de las realidades la constituye la inequidad dada por las recesiones y el desempleo, que al reducir los ingresos aumentan la pobreza relativa y las necesidades y demandas de servicios públicos. Se afirma que "*el subempleo se ha relacionado con problemas de violencia doméstica, homicidios, suicidios, alteraciones mentales, enfermedades cardiovasculares y trastornos gastrointestinales, en adición a la pérdida de la autoestima y el temor constante a la pobreza*"[75,77,79].

Y por último, se ha observado que la mundialización aumenta las brechas y las divisiones, en cuanto los beneficios financieros y comerciales son predominantemente de los países ricos en detrimento de las economías de los países pobres (77,79).

Respecto a los procesos políticos, se observa que estos han sido subordinados a intereses particulares y la corrupción, por lo tanto se ha experimentado un déficit de legitimidad del proceso político [79].

En cuanto al medio ambiente y la población, se han proporcionado esfuerzos para la protección del medio ambiente como factor protector de la salud y se ha considerado de gran importancia los cambios demográficos que conducen al progresivo envejecimiento de las poblaciones debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la fecundidad [79].

Por último, las sociedades reaccionan en contra del fundamentalismo liberal. Por ello se requiere de la búsqueda de un nuevo concepto de estado, de sus funciones y responsabilidades, y su relación con la sociedad civil y el mercado en pro del desarrollo necesario [79].

Guzmán (2002) por su parte, señala algunos fenómenos que en términos de la globalización se constituyen en factores potenciales para el detrimento de la salud pública, así menciona, a nivel global la contaminación de la tierra, el agua, el aire, la radiación, el tratamiento de los organismos vivos empleados para la alimentación y de la manipulación genética, entre otras. También hace mención del agotamiento de recursos no renovables; la amenaza de escasez de alimentos; las redes informáticas que amenazan con problemáticas de salud dadas por experiencias mal sanas, violentas, sexistas y racistas, especialmente entre niños y jóvenes, entre otras.

Sin ánimo de exhaustividad cabe mencionar algunas otras condiciones básicas que inciden en el estado de salud de las poblaciones, por ejemplo, Gaggero (2011) afirma que ante la carencia de saneamiento básico millones de personas en el mundo afrontan un grave riesgo para su salud y dignidad humana, especialmente para aquellos grupos poblacionales pobres y desatendidos. Por ello el autor manifiesta que el saneamiento básico se constituye como un derecho humano y un elemento fundamental toda vez que este contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente la de mujeres y niños, evita la propagación de enfermedades y salva vidas.

Otro aspecto relevante lo constituye la inocuidad de los alimentos, pues este se constituye como prioridad de la salud pública en la medida en que cada año millones de personas enferman y mueren a causa del consumo de alimentos no aptos para el consumo humano por los riesgos microbiológicos, por los contaminantes químicos, las modificaciones genéticas de los alimentos, entre otros [72].

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, se ha manifestado que la comunidad de la salud pública debe prestar especial atención a los problemas sanitarios asociado al consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, pues la dependencia al consumo de dichas sustancias se asocia con otros trastornos físicos y mentales (Le Gáles, citada por OMS, 2004).

En el tema de medicamentos, la OMS (2009) expone que el acceso a los medicamentos contribuye a prevenir la muerte y la enfermedad y a mejorar la calidad de vida. Por ello se requiere que estos cumplan con las condiciones de calidad, de inocuidad, una buena distribución y el buen consumo.

La planificación urbana se constituye como otro aspecto importante para la seguridad asociada al espacio público, y al respecto son necesarias todas la medidas relacionadas con el medio ambiente, el transporte, la educación, los parques, el ocio, entre otros, especialmente ante el rápido crecimiento de las áreas urbanas que conducen a asentamientos irregulares que amenazan con la seguridad y la salubridad pública [74].

Las condición de vivienda es uno de los determinantes sociales de la salud pública y se afirma que la precariedad de la ésta dada por el crecimiento acelerado de la urbanización, la pobreza, el desempleo, el desplazamiento, los desastres naturales, la guerra, el mercado legal de tierras entre otros, afecta de forma directa la salud de millones de personas (OPS/OMS, 2006).

Este panorama deja entonces a consideración la inclusión de perspectivas contemporáneas para el desarrollo del bienestar general y una adecuada calidad de vida [141], lo que implica intervenir sobre diversos ámbitos que afectan la salud. Así Ruiz (2002) manifiesta que *"la salud pública es la resultante de la interacción armónica de las condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad, que le permite acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida",* Y que esta obliga a pensar en el trabajo intersectorial y en la influencia de los denominados determinantes de la salud; pues la salud se ve condicionada con determinantes tales como "*el empleo, la vivienda, la recreación, la educación, la alimentación, la disponibilidad de servicios públicos, las condiciones de saneamiento ambiental, los servicios de salud, los estilos de vida, el comportamiento humano y los factores protectores del entorno"* [121].

2.4.2. Determinantes sociales de la salud

Es claro que la medicina y los servicios de salud no son los únicos factores que influyen en la salud de las personas, si no que por el contrario los principales factores se supeditan a aspectos socio económicos como la pobreza, las injusticias, la discriminación, las condiciones de vivienda y educación, la protección a la primera infancia, la violencia generalizada, la disparidad en los sistemas de seguro social, el deterioro urbano y la falta de agua potable (Berlinguer, 2007).

La OMS define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en las que la personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud

“Condiciones que se moldean de acuerdo a la distribución del poder, los ingresos y los recursos a nivel mundial, nacional y local dada por las políticas públicas [75]

Bajo la premisa de la equidad sanitaria, esta Comisión establece que las condiciones insalubres de la población están fundamentadas básicamente en los sistemas socio económicos. De este modo, la organización manifiesta que la mala salud de las personas, el gradiente social de salud y las desigualdades sanitarias dentro y entre los países son secundarios a una distribución desigual del poder, los ingresos y los recursos, lo que afecta de forma inmediata las condiciones de salud y vida de la población; panorama que se ha debido a “políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y la mala gestión política” [75]. El actuar sobre los determinantes de la salud requiere de la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de los organismos internacionales. Este, además debe ser un trabajo intersectorial que incluya la participación de otros sectores de la sociedad y no únicamente el sector sanitario [75].

En 2003 la OMS estableció 10 aspectos importantes de los determinantes de la salud, los cuales son:

- *El gradiente social que explica que a menor estratificación social se incrementa el riesgo de enfermar y morir prematuramente.*
- *El estrés ocasionado por la incertidumbre, la ansiedad, las circunstancias sociales y psicológicas, la baja autoestima y el aislamiento social tienen una fuerte influencia sobre el estado de salud física y mental de las personas a largo plazo.*
- *Las malas condiciones sociales y económicas de los padres, afectan el desarrollo y crecimiento de los niños y niñas.*
- *La exclusión social dada por la pobreza, el desempleo y la falta de hogar impactan considerablemente la salud de las personas y provocan muertes prematuras*
- *El entorno psicosocial del trabajo y la tarea en si misma pueden constituirse como determinantes de la salud de los trabajadores.*
- *El desempleo genera alteraciones psicosociales y financieras y la inseguridad laboral influye en la salud mental.*
- *El apoyo social dado por las amistades y las relaciones sociales son un factor protector de la salud.*

- *Las adicciones al alcohol, a las drogas ilícitas y el tabaquismo generadores de enfermedad es un comportamiento asociado a condiciones económicas y sociales en desventaja*
- *La cantidad y disponibilidad de los alimentos están mediadas por las condiciones socio económicas, lo que contribuye a desigualdades en salud.*
- *El transporte saludable dado por el uso de la bicicleta, caminar y el uso del transporte público promueve el ejercicio físico y el contacto social y previenen accidentes fatales y la contaminación del aire.* [75].

En 2008 la misma Comisión ha propuesto tres recomendaciones de acción en torno a los determinantes sociales de la salud, las que engloba en tres aspectos a saber; las condiciones de vida; la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y la medición de la magnitud del problema, su análisis y evaluación y los efectos de las inversiones. Acerca de las condiciones de vida la OMS recomienda generar equidad desde la infancia, proporcionar entornos saludables, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, propender por la protección social y la atención universal en salud [77].

Con respecto a la lucha contra la desigualdad recomienda promover la equidad sanitaria dada por las políticas, los sistemas y programas de salud; una financiación equitativa; equidad de género, y una mayor participación de la sociedad con el fin de reinvertir en la acción colectiva en torno a un interés común [77].

Con relación al último aspecto, recomienda evaluar la magnitud de la inequidad sanitaria, así como el efecto de las políticas e intervenciones orientadas a la equidad sanitaria [77].

2.5. Contexto Colombia 1993-2011

2.5.1. Algunos antecedentes de la seguridad social en Colombia

A principios del siglo XX, bajo el modelo de Montepíos Militares, se da inicio a una primera forma de aseguramiento social para los militares y sus familiares, que ofrecía prestaciones de invalidez, viudez y vejez; antecedente que dio origen luego en la ley 75 de 1925 a la Caja de Sueldos de Retiros para las Fuerzas Militares como una de las primeras Instituciones de protección social [98].

El servicio de salud individual y familiar para entonces, bajo el “modelo higienista”, como fue denominado por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, citado por Orozco (2006), no era parte de la agenda política de la época, por ello la financiación de dichos servicios se hacía directamente desde los usuarios o las instituciones religiosas de caridad para el caso de aquellos usuarios sin capacidad de pago [98].

Este autor menciona que el modelo higienista comprendido entre 1886-1950 comprendía la salud desde los aspectos de carácter sanitario e industrial y que así fue como se creó la Junta Central de Higiene en 1892 para el manejo y control de las enfermedades de interés público y por medio de la ley 66 de 1916 se da especial manejo para la Tuberculosis. Sin embargo el asunto industrial tuvo mayor relevancia, se podría afirmar que a partir de este, surgieron importantes acontecimientos que conducirían finalmente a la implementación de un primer sistema de seguridad social [98].

La ley 57 de 1915 promulga la asistencia médica e indemnización por muerte o accidente de trabajo a los empleados del sector privado y mediante la ley 37 de 1921 se crea el primer seguro de vida obligatorio. Luego en 1923 se crea la caja de indemnizaciones obreras del Banco de la República destinada a la protección de los accidentes laborales y la salud colectiva [98].

En 1931 nace el Fondo de Previsión Social el cual mediante la resolución 13 de 1934 crea la primera caja de previsión social para empleados y obreros con prestaciones como seguro de vida colectivo de los empleados, indemnización por accidente de trabajo, auxilios por enfermedad, gastos funerarios, fondo de vivienda, aportes de los empleados al municipio y salas-cunas para los hijos de las empleadas. A partir de allí, en la ley 66 de 1936 se crea la caja de ahorro y previsión social y sus prestaciones para la enfermedad, invalidez, vejez, muerte, desempleo y beneficios para las familias numerosas [98].

Bajo el anterior modelo, nace entonces la Caja Nacional de Previsión Social- CAJANAL mediante la ley 6 de 1945 para los empleados del sector público y en 1946, bajo la ley 60 del mismo año surge el Instituto Colombiano de Seguro Social para el sector privado bajo la modalidad de aseguramiento obligatorio para todos los empleados del sector [98].

Para el mismo año, desde un panorama internacional, la salud comienza a ser vista como un derecho. La Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud – OMS

declara que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin ningún tipo de distinción. Dos años más tarde, la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948, en su art. 25 promulga que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar [57].

De igual manera que los anteriores, los tratados de la Organización Internacional del Trabajo del momento empiezan a matizar la normatividad en salud del país [98].

Salud dentro de la agenda política**:** Un segundo periodo de la historia de la seguridad social en Colombia, propuesto por Orozco (2006), comprende desde 1970 a 1989. Este es un periodo de gran avance debido a que en ese momento la seguridad social empieza a hacer parte de la planeación socioeconómica del país y como primer paso a ello surge el Primer Sistema Nacional de Salud (1975-1984) bajo el esquema tripartito de la financiación del sistema a cargo del Estado, el empleador y el empleado y con un enfoque de subsidio a la oferta. Sin embargo era un sistema deficiente porque daba garantía únicamente a los empleados de ambos sectores y desconocía la protección de la población pobre, desempleada y vulnerable, cuya atención estaba a cargo del asistencialismo Estatal y organizaciones sin ánimo de lucro [98].

2.5.2. Sistema General de Seguridad Social en Salud como producto de la reforma sectorial en Colombia

La década del 90, periodo de fuertes cambios en el pensamiento político y económico del país, bajo la ola del naciente neoliberalismo, marca considerablemente la historia de la seguridad social en Colombia.

La ley 10 de 1990 reconoce la salud como un servicio público a cargo de la nación y de carácter gratuito en los servicios básicos. Surge en esta ley una importante descentralización política y administrativa para la prestación de los servicios de salud.

La nueva Carta Constitucional de 1991 promulga el “derecho a la salud”, dentro del marco de los derechos sociales. Posteriormente con la ley 60 de 1993, se transfiere la responsabilidad del entonces situado fiscal a las entidades territoriales y sus respectivas instituciones prestadores de servicios de salud.

Surge entonces la ley 100 de 1993 como el marco legal de la política pública en salud representada por el actual SGSSS. Este se rige bajo el principio de solidaridad para la inclusión de la población sin capacidad de pago, con la respectiva descentralización y participación de entidades privadas a cargo de la prestación de los servicios de salud. Un sistema que ha pretendido desde sus inicios la universalización del servicio y que hasta la fecha no ha sido posible lograr, pues a 2010 el 12% por ciento de la población de Colombia no tiene ningún tipo de afiliación [97].

Durante su transcurso, se han planteado algunas modificaciones al mismo con el fin de mejorar la atención y la cobertura. Por ello en 2001, se crea la ley 715, que desarrolla el Sistema General de Participaciones –SGP que a diferencia del anterior situado fiscal, define una distribución sectorial de los recursos para salud, educación, el agua potable y el saneamiento básico y un propósito general.

Uno de los hechos relevantes, sin embargo, es la creación la ley 1122 de 2007 que hace algunas modificaciones al sistema en cuestión de aportes y funciones de los actores del sistema. Allí se crea la CRES que asumiría las funciones del CNSSS, este último pasando a ser como órgano consultor; y en su art. 42 se crea la figura de defensor del usuario que depende de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y la Defensoría del Pueblo. Adicionalmente organiza el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control a cargo de la SNS en donde se le confieren algunas funciones especiales de conciliación y jurisdiccionales contempladas en los artículos 39 y 41 respectivamente. Sin embargo, la promulgación más importante de esta ley, a consideración propia y para fines del presente estudio, es aquella relacionada con la creación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Luego la ley 1438 de 2011 establece la necesidad de fortalecer el actual SGSSS en el marco de una estrategia de atención primaria y estableciendo la necesidad de crear el Plan Decenal para la Salud Pública.

2.5.3. La salud pública en Colombia

La salud pública adquiere un marco legal en Colombia para su aplicación a partir de la ley 9 de 1979 que reglamentó las medidas sanitarias en las temáticas medio ambiente, agua, salud ocupacional, saneamiento de edificaciones, alimentos, drogas, cosméticos, medicamentos y similares, vigilancia y control epidemiológico, desastres, defunciones, artículos de uso doméstico, vigilancia y control, y derechos y deberes en salud.

Posteriormente, la ley 100 de 1993, dentro de los planes de beneficios, crea el Plan de Atención Básica-PAB que enfatiza las actividades individuales y colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.

"Artículo 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria… La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales" [59].

Con respecto a la implementación y el desarrollo de esta ley, el informe del derecho a la salud adelantado por la Procuraduría General de la Nación 2008 da cuenta del deterioro de algunos aspectos relacionados con la salud pública

"En realidad sus diseños instrumentales y la asignación concreta de responsabilidades a las instituciones que integran dicho sistema tuvieron como resultado un debilitamiento muy considerable de las políticas de salud pública. Como lo han señalado varios analistas, el sistema previsto por la Ley 100 tendió a limitarse a ser un mecanismo de aseguramiento del riesgo financiero de las familias frente a la enfermedad, con lo cual se olvidó que… el derecho a la salud no se restringe al derecho a la atención médica frente a la enfermedad sino que es más amplio, pues busca asegurar a toda la población el goce del más alto nivel de salud física y psíquica" [108].

Posteriormente se crea la ley 1122 de 2007, que modifica algunos aspectos de la ley 100 de 1993 y en ella se establece la necesidad de fortalecer los programas de salud pública

y para ello, en su artículo 33 ordena la creación del Plan Nacional de Salud Pública cuatrienal.

"Artículo 33º: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar".

Al cabo de siete meses, el gobierno de turno crea al Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 mediante el decreto 3039 de 2007, que entre otras cosas, establece las siguientes líneas de política [24]:

- La promoción de la salud y la calidad de vida: Entendiéndose como un proceso político y social que pretende mejorar la salud como derecho humano e inalienable y modificar los determinantes de la salud con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva
- La prevención de los riesgos: Hace referencia a las actividades de los diversos actores del sistema para reducir el riesgo de enfermar o morir.
- La recuperación y superación de los daños en la salud: En esta línea se acude a la implementación de los servicios individuales del POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento: Es la recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población. Los componentes de vigilancia son la vigilancia en salud pública; la vigilancia en salud en el entorno laboral; vigilancia sanitaria y Inspección, vigilancia y control de la gestión del SGSSS, y
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública: Pretende fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias.

Adicionalmente establece las prioridades nacionales en salud, a partir de cuatro criterios a saber [24]:

- El cambio en los patrones en salud.
- El cambio en los conceptos de salud.

- Las necesidades y expectativas de los grupos de interés exceden los recursos disponibles.
- Los recursos empleados son de carácter público, lo que requiere la eficiencia en su implementación.

Así las prioridades en salud en Colombia para 2007-2010 y sus respectivos focos de acción son las siguientes [24]:

- La salud infantil: Inmunización y mortalidad infantil.
- La salud sexual y reproductiva: Mortalidad materna, anticoncepción y VIH/SIDA.
- La salud oral: salud oral en menores de 12 años y lograr y mantener los dientes permanentes en mayores de 18 años.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables: Sustancias psicoactivas.
- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis: Tuberculosis, lepra, malaria, dengue y rabia humana.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles: Actividad física, consumo de tabaco, enfermedad renal crónica- ERC y limitaciones evitables.
- La nutrición: Desnutrición global, desnutrición crónica y lactancia materna.
- La seguridad sanitaria y del ambiente: Políticas de salud ambiental y calidad del agua.
- La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral: Mortalidad por enfermedad profesional y accidentes laborales.
- La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública: El logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública; regulación y fiscalización de las acciones en salud; aseguramiento universal y financiación del POS y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.

2.5.4. La problemática de salud pública en Colombia

Llama la atención el bajo número de tutelas que la población ha interpuesto por concepto de salud pública frente a las dificultades que el desarrollo de los servicios de salud pública han venido experimentando en vigencia del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sin ánimo de exhaustividad, se pretende dar un bosquejo acerca de tales problemáticas con los siguientes datos:

- Mortalidad

La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles para 1995 fue de 40,5 por cada 100.000 habitantes [86], para el año 2000 fue de 18,7 [87], en 2001 fue de 30,8 [87], para el periodo 2003-2005 se mantuvo una tasa de 32,2 [89] y para 2006-2008 fue de 44,3 por cada 100000 habitantes [95]. De este tipo de enfermedades, el dengue y la malaria son las que más aportan a las cifras.

La mortalidad infantil (menores de un año de edad), de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, se ha reducido de 31 muertes por 1.000 nacidos vivos durante el quinquenio de 1985-1990 a 16 por 1000 nacidos vivos durante 2005-2010 y la mortalidad durante la niñez (entre 1 y 5 años de edad), para los mismos periodos, disminuyó de 38 a 19 por 1.000 nacidos vivos [109]. Las principales causas de muerte infantil continúan siendo la Enfermedad Diarreica Aguda – EDA y las Infecciones Respiratorias Agudas –IRA [86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96].

La tasa de defunciones registradas por EDA en menores de 5 años por cada 100.000 fue 21,8 en 2000 [87], 15 en 2004 [90] y 11,8 en 2007 [93]. Por otro lado, la tasa de defunciones por IRA en menores de 5 años por cada 100.000 fue de 34,2 en el año 2000 [87], 24 en 2004 y 2007 [93].

En cuanto a la mortalidad materna durante el periodo de 1993 a 2000 se registraron 4.500 casos, cifras que no han evidenciado una mejoría en dicha problemática pues para el periodo de 2001 a 2008 los casos registrados fueron 4.476 [86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96].

La mortalidad por enfermedades crónicas sigue estando encabezada por enfermedades como la neoplasia, la diabetes mellitus, enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad cerebro vascular [95].

Así, se observa que la tasa de mortalidad por neoplasia pasó de 65.7 por cada 100.000 habitantes en 2000 [87] a 76.5 en 2008 [96] y la tasa de mortalidad en personas mayores de 45 años por diabetes mellitus pasó de 79.2 en 2000 [87] a 66.7 en 2008 [96].

En 2000 la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 122.1 por cada 100000 habitantes [87] y para 2008 alcanzó una tasa de 132.2 [96].

La tasa de mortalidad en mayores de 45 años por enfermedades isquémicas del corazón pasó de 267.1 por cada 100.000 habitantes en 2000 [87] a 263.7 en 2008 [96] y la mortalidad por enfermedad cerebro vascular paso de una tasa de 162.4 a 130 respectivamente [87,96].

- Morbilidad

En lo referente a morbilidad, se ha documentado casos de enfermedades transmisibles reemergentes que mantienen sus cifras durante el periodo en estudio. Algunas de ellas relacionadas con problemáticas del medio ambiente son el dengue, la malaria y la hepatitis B. Por ejemplo, en 1995 se presentaron 51.059 casos de dengue en el país [86], 82.398 casos en 2002 [88] y 51.543 casos para el año 2009 [96].

En 1998 hubo una epidemia de malaria con 240.000 casos confirmados [86]. Aunque las cifras han disminuido durante el transcurso del periodo en estudio aún se siguen observando cifras alarmantes, por ejemplo, la OPS informa el número de casos anuales de malaria que para el año 2000 fue de 141.047 casos [87], para 2005 fueron 109.219 casos (35) y en 2009 se presentaron 79.252 casos [96]. La tasa de incidencia de tuberculosis con baciloscopia positiva por cada 100.000 habitantes en 1995 fue de 20,7 [86] manteniéndose en un rango de 16,7 a 17,8 entre 2002 a 2008, de acuerdo a los informes de la OPS [88, 89, 90, 91, 92, 93, 94,95]

En relación al VIH/SIDA se registró un número de 1.042 casos de SIDA en 1996 [86], para el año 2002, esta cifra aumentó a 1.434 casos de SIDA notificados [88], en 2005 se notificaron 4.824 casos positivos [90] y para 2008 la cifra es de 5.695 casos [95].

En materia de inmunización, los informes de la OPS [86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93] evidencian un aumento en la cobertura de vacunación en menores de un año de edad desde 1995, sin embargo, para el año 2008, el porcentaje de cobertura no supera el 92.2% contra Hepatitis B y Haemophillus Influenzae [95] y para 2009, el porcentaje de cobertura para DPT y POLIO fue de 92% y para BCG un 90% [96]. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la ENDS 2010, se observó que la totalidad del esquema de vacunación para niños entre los 12 y 23 meses se presenta en tan solo el 58% de los niños en 2000-2005 y 80 % para 2005-2010; en el caso de los menores de un año, para los mismos periodos referidos, se estimó un 55.2 y 70.1%, respectivamente [109].

- Saneamiento básico

Con respecto a la cobertura nacional de medidas de saneamiento, Otero (2011) estima que para 1993 la población contaba con un 79.7% de cobertura de acueducto y 63 % de alcantarillado [100]. Para 2005 las cifras son de 83,4 y 73,1% respectivamente [91, 100], y el Informe de datos básicos de la OPS 2009 reporta un 92% de cobertura en acueducto y 74 % de cobertura en alcantarillado en 2008 [95]. En su estudio, la autora afirma que las brechas entre las coberturas de dichos servicios son abismales en áreas urbanas y rurales, siendo estas últimas las menos favorecidas, especialmente en relación al servicio de alcantarillado; así por ejemplo, se estimó que la cobertura de dicho servicio para 2005 era de 89.7% para el área urbana, mientras que para el área rural era de tan solo 17.8% [100].

En relación con las fuentes mejoradas de saneamiento, los indicadores básicos de la OPS revelan una disminución en sus cifras, de modo que para el año 1998 la cobertura de éstas medidas de saneamiento era del 83.4% [86], en 2002 y en 2004 era del 86% [88, 90], en 2006 un 78% [91] y para 2008 la población colombiana cuenta con tan solo un 74% de estas fuentes de saneamiento [95]. Adicionalmente, dichos informes muestran que la cobertura de las fuentes mejoradas de agua potable, aunque ha venido en aumento desde 1998 con una cobertura nacional de 90.6% [86] hasta 2008 con un 92%, éste crecimiento no ha sido completamente satisfactorio [96, 100].

- Nutrición

La ENDS de 2000, 2005 y 2010 ha evidenciado que aunque los índices de desnutrición han disminuido en menores de cinco años, las variaciones en las cifras no son muy representativas. Así, la desnutrición crónica ha pasado de 15% en 1995, 14% en 2000, 12% en 2005 y 13% en 2010. Para el caso de la desnutrición global es de 8%, en 1995, 7 % en 2000-2005 y 3% en 2010. Por su parte la desnutrición aguda se ha mantenido en 1% durante 1995 – 2010.

Los patrones relacionados con esta dinámica de desnutrición coinciden durante los tres periodos y consisten en un nivel bajo de educación de las madres, pobreza y hábitat rural [109,110, 111].

- Salud sexual y reproductiva

Para 2010 la ENDS demuestra que el 61% de la mujeres en edad de 15 a 49 años se realiza citología vaginal cada año y solo el 6% de dichas mujeres lleva a cabo el tamizaje

cada 3 años, situación que se ve frecuentemente relacionada con el hábitat urbano y un mayor índice de riqueza y las razones que exponen las mujeres para no realizarse la citología corresponden a aspectos de tipo cultural, como miedo, pereza o descuido [109]. Adicionalmente, se evidencia que el 93% de las mujeres en unión no toman ningún tipo de precaución contra enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y el método de planificación familiar más utilizado es la ligadura de trompas en un 39% de las mujeres que utilizan algún método; el 56% de las mujeres colombianas no ha oído hablar sobre el Virus del Papiloma Humano ni conoce su prevención, y el 6% de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual (Profamilia, 2010).

- Condiciones de vida y seguridad social

En relación a la población afiliada al SGSSS se reporta un crecimiento en la cobertura, sin embargo, para el año 2008, se estima que de la población que aplica para la afiliación al régimen contributivo es de 78,1% y para el régimen subsidiado es de 75,86% [95] En 2010 el 12% por ciento de la población de Colombia no tiene ningún tipo de afiliación al sistema en Salud; un 44 % está afiliado a una EPS Subsidiada, un 40 % a EPS y un 12 % a una ARP [97].

De acuerdo a los informes anuales de la OPS, el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, ha experimentado un aumento pasando de 22.9% en el año 2000 [88] a 27,78 en 2008 [95] y el Índice de Condiciones de Vida ICV ha mantenido una relativa estabilidad en las cifras, siendo para el año 2000 de 75.7% [88] y en 2008 78.79% [95].

Las desigualdad ha sido constante evidenciada con un coeficiente de Gini de ingreso de 0,54 en 2002, 0.55 en 2005 y de 0.578 en 2009 [88, 90, 96].

- Salud mental

OPS (2003) expone que la prevalencia de vida de trastornos mentales en personas de 18 a 65 años se distribuye básicamente entre trastorno de ansiedad 19.3%, trastorno de estado de ánimo 15%, trastorno relacionado con el uso de sustancias psicoactivas 10.6% e ideas suicidas 12.3%.

Según datos de la OPS (2007), dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental durante su vida, es decir un 40,1% siendo el de más alta prevalencia el

trastorno de ansiedad con una participación del 19,3%. En hombres el más frecuente es el abuso de alcohol 13,2% y en mujeres, la depresión mayor 14.9% [91].

Se estima que en Colombia para 2010 hay una proporción de prevalencia de trastorno mental en población desplazada de 32%, del cual el 22.5% lo ocupa el género masculino y el 38.8% el femenino; tres veces más que en 1993 de acuerdo al primer estudio de salud mental realizado por los mismos autores [97].

Por otra parte, la prevalencia de vida en relación con el consumo global de sustancias ilícitas es de 9.13% en 2008 y el promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es de 18.4 durante el mismo periodo [95,96].

- Salud de los trabajadores

La enfermedad a causa de la actividad laboral ha experimentado un aumento de 33.5 casos por cada 100.000 afiliados a alguna Administradora de Riesgos Profesionales en 1994 [86] a 102,7 en 2009 [96].

En 2004 la tasa de enfermedades profesionales fue de 1,38 casos por 10.000 trabajadores debido principalmente a enfermedades tales como el síndrome del conducto carpiano (20%), hipoacusia neurosensorial (19%) y trastornos de columna lumbosacra (18%) [91].

La mortalidad laboral registrada en el periodo evidencia que de 9.9 casos por cada 100.000 afiliados en 1994 aumentó a una tasa de 23.6 en 1997 [86], luego en 2003 fue de 18,29 [89,90] y para 2009 se registró una tasa de 8.8 [96].

- Violencia y lesiones de causa externa

En el año 2000 se estimó una tasa de homicidios de 69 por cada 100.000 habitantes, la de suicidio de 5.6 y las lesiones por causa de accidentes relacionados con el transporte de 17.5 [86]. Cifras que para el año 2008 fueron de 72.7, 5 y 14.8, respectivamente [96].

En cuanto a la violencia intrafamiliar se observa que la violencia conyugal ocurrió en 40.013 casos en 2002, 51.962 en 2006, 57.495 en 2007, 58.533 en 2008 y 61.139 en 2009 [86, 91, 94, 96]. Por otro lado, la violencia contra los menores se evidenció en 10.337, 13.540, 13.913, 13.919 y 14.094 casos respectivamente [86, 91, 94, 96].

2.5.5. La situación de exigibilidad de los derechos en salud pública

Al analizar los datos anteriores, se detecta que existe un problema complejo, que conduce a hacer la siguiente pregunta central: ¿Existiendo dichas problemáticas de Salud pública en Colombia, cuál es la magnitud de la exigibilidad del derecho a la salud a la salud pública?

Para efectos del presente trabajo, cabe aclarar que la prestación de los servicios de salud en Colombia se ofrece bajo dos modalidades básicamente y que son complementarias; de acuerdo a la ley 100 de 1993, el articulo 162 ha denominado el Plan Obligatorio de Salud –POS como aquel que ofrece los servicios de salud destinados a*" la protección integral de las familias, a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se defina".* En estos términos hace referencia a todos aquellos servicios de atención en salud dirigidos de manera individual que consisten en la atención preventiva, médico-quirúrgica y la provisión de medicamentos esenciales. Por otra parte, la misma ley, en su artículo 165 define el Plan de Atención Básica-PAB llamado hoy Plan de Intervenciones Colectivas -PIC, que se centra en las intervenciones dirigidas a la colectividad y a individuos que generan altas externalidades y que se encuentran directamente relacionadas con las problemáticas de la salud pública tales como la presencia de enfermedades transmisibles, el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, los estados de nutrición, la educación en salud, entre otras.

En este sentido, se observa que la exigibilidad del derecho a la salud en Colombia es un fenómeno que ha sido abordado predominantemente desde el aspecto individual de los servicios de salud, sin embargo la situación con respecto a los servicios de salud pública ha sido poco o nada analizada a pesar de las documentadas problemáticas que afectan la salud de los colectivos en el país descritas anteriormente.

La defensoría del Pueblo ha venido realizando un análisis del uso de la acción de tutela como el mecanismo para exigir la prestación de servicios de salud individual POS y No POS. Sin embargo, ha mostrado algunos datos relacionados con aspectos de salud pública, que han demostrado que la exigibilidad del derecho a la salud pública es mínima

con respecto a la exigibilidad de los servicios de los planes de beneficios POS. Para ilustrar este fenómeno, y tomando como ejemplo, las acciones de tutela interpuestas por concepto de medicamentos, los informes de la Defensoría del Pueblo revelan que: en el periodo 1999-2002 se presentaron 22.099 tutelas por concepto de medicamentos [25] y 1.572 por concepto de medio ambiente y salubridad pública. En el periodo 2003-2005 fueron 49.753 tutelas por el primer concepto y 838 por el segundo [26]. Entre el 2006-2008 se aumentaron las tutelas por medicamentos a 87.870 y para medio ambiente y salubridad pública disminuyo a 323 acciones de tutela [27] y finalmente, en el año 2009, las cifras por los dos conceptos pasaron a 22.994 y 177, respectivamente [28].

Estos datos indican que la exigibilidad del derecho a la salud se ha dirigido predominantemente hacia el asunto de la negación de los servicios de carácter individual contemplados en el Plan Obligatorio de Salud- POS-, como medicamentos, cirugías, procedimientos y exámenes diagnósticos y por el contrario, revelan una baja exigibilidad en materia de salud pública. Sin embargo, cabe mencionar que existen otros mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud pública, tales como las acciones populares y las acciones de grupo como primeras herramientas para su garantía que deben ser igualmente analizados y que se constituyen como objeto de estudio del presente estudio.

De otra parte, aunque la exigibilidad del derecho a la salud pública es menor con respecto a la salud individual, cabe destacar el rápido y progresivo crecimiento de las demandas colectivas desde la implementación de la ley 472 de 1998, lo que probablemente puede obedecer en primer lugar, al interés del actor popular por procurar las condiciones de salud y vida colectivos, pero también se ha estimado que otro motivo de solicitud es la procura del incentivo generado en la acción de demanda [62]. Al respecto mediante la ley 1425 de 2010 se ha declarado inexequible el pago de incentivos por tal razón debido a que a priori se ha considerado que éste mecanismo ha conducido al aumento de demandas que al resolverse a favor del accionante afectan el erario público, puesto que desde un principio no se ha asignado un fondo de recursos para tal efecto. De ahí se genera un gran debate, pues se estima que tal incentivo podría conducir a que la participación de la comunidad se oriente a conservar y procurar condiciones favorables para la salud colectiva y su no pago pueda desmotivar tal participación[65].

3. Capítulo 3: Aspectos metodológicos

3.1. Diseño metodológico de investigación

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se revisó las acciones populares, las acciones de grupo y las acciones de tutela que invocan algún derecho de salud pública durante 1999-2011 con el fin de analizar la exigibilidad del derecho a la salud pública en Colombia.

- Unidad de análisis: Acciones populares, acciones de grupo y acciones de tutela que invocan el derecho a la salud pública del periodo comprendido entre 1999-2011.
- Marco muestral: Acciones populares y de grupo que invocan el derecho a la salud pública consignadas en las bases de datos de la Defensoría del pueblo entre 1999-2011; y estudios investigativos de la Defensoría del Pueblo respecto a las tutelas en salud pública 1999-2011.
- Técnica de muestreo: Muestreo aleatorio estratificado con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 2%.
- Tamaño muestral:
    - Acciones populares: Se empleó la técnica de muestreo aleatorio estratificado, con la que se obtuvo 1801 de 7167 registros obtenidos en las bases de datos de la Defensoría del Pueblo hasta el mes de Agosto de 2011. Dentro de la muestra establecida algunos datos obtenidos no aportaban la información requerida, razón por la cual se descartaron 9 registros, quedando un total de 1792 registros para el análisis.
    - Acciones de grupo: Teniendo en cuenta el reducido número de acciones de grupo, 117 registros en el periodo comprendido entre 1999-2011 de acuerdo a la revisión hecha en bases de datos de la Defensoría del Pueblo hasta el mes de agosto de 2011, en este caso se tomó el universo para su análisis.

- Acciones de Tutela: De los informes de la Defensoría del Pueblo con respecto a la tutela y la salud entre 1999 y 2010 se toma como muestra 2910 registros de tutelas interpuestas por medio ambiente y salubridad pública.

3.2. Plan de análisis

Las variables utilizadas fueron las acciones judiciales y el objeto exigible en salud pública.

3.2.1. Acciones judiciales:

- Revisión de hechos expuestos, derechos invocados y pretensiones de las acciones populares.
- Revisión de hechos expuestos y derechos invocados de las acciones populares.
- Revisión de los informes "La tutela y la salud"1999-2011 de la Defensoría del Pueblo que exponen cifras de acciones de tutela instauradas que invocan algún derecho de salud pública.

3.2.2. Objeto exigible en salud pública:

Las acciones de salud pública objeto análisis se agruparon en cinco grupos de áreas temáticas afines:

- Agua: En el tema del agua se encuentran incluidos la instalación, adecuación y reparación de acueductos y alcantarillados, así como el manejo de agua servidas, aguas lluvias, prevención de desastres relacionados con inundaciones o deslizamientos de tierra a causa del agua, suministro de agua potable y otros servicios tales como los respectivos análisis físico-químicos del agua para consumo, entre otros.
- Seguridad del espacio público: En éste ítem se tuvieron en cuenta las acciones de demanda con respecto a la seguridad de los puentes peatonales, las estructuras de los parques, calles, y áreas públicas en general. Adicionalmente se incluyen los temas relacionados con la necesidad de instalación y/o reparación de escenarios deportivos y recuperación del espacio público.
- Medio Ambiente sano: El medio ambiente sano incluye las problemáticas de contaminación aérea, auditiva, visual y el suelo de los espacios públicos, en los que se menciona el manejo de basuras, aseo, baños públicos, rellenos sanitarios, lagunas

de oxidación, reciclaje, vertimientos de sustancias contaminantes, aprovechamiento forestal, entre otros.

- Alimentos, medicamentos y otros de consumo humano: En el tema de alimentos se hace mención de la calidad y la distribución de los alimentos y el manejo de los frigoríficos. Adicionalmente se hace mención de asuntos relacionados con medicamentos, especialmente para el tratamiento de VIH, el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Servicios de atención sanitaria: Incluye problemáticas relacionadas con la eficiencia de los servicios sanitarios: centros de salud, EPS, prevención de enfermedades y erradicación de epidemias.

Adicionalmente, en las acciones de grupo, se consideró el área temática de vivienda.

El plan de análisis consistió en correlacionar cada una de las acciones constitucionales, distribuidas en un área temática específica, en función de los derechos invocados y las pretensiones de los demandantes.

Los derechos invocados en acciones populares y acciones de grupo fueron (Ver tabla 2-6):

- Acceso a los servicios públicos y eficiencia en la prestación.
- Seguridad y salubridad pública.
- Ambiente sano.
- Consumidores y usuarios.
- Equilibrio ecológico y protección de recursos naturales.
- Seguridad y prevención de desastres prevesiblemente técnicamente.
- Espacio público.

En relación a las pretensiones de los demandantes, una limitación para el respectivo análisis consistió en que no se contó con información detallada de las mismas dentro de los registros de las acciones de tutela y las acciones de grupo, por ello las pretensiones que se exponen a continuación corresponden a las acciones populares (Ver tabla 2-2):

- Conservación de recursos hídricos y medio ambiente.
- Instalación, reparación, adecuación de estructuras de acueducto y alcantarillado.
- Prestación oportuna y eficiente del servicio de acueducto y alcantarillado.

- Suministro de agua potable.
- Prevención de desastres.
- Construcción, mantenimiento y adecuación de vías peatonales.
- Espacio público seguro para personas con discapacidad y locomoción disminuida.
- Seguridad de las personas y conservación del medio ambiente sano.
- Promoción, reparación y adecuación de espacios deportivos, de recreación y del aprovechamiento del tiempo libre.
- Restitución y recuperación del espacio público.
- Información clara, veraz y comprensible de los productos de consumo.
- Control de calidad de los alimentos destinados para consumo humano.
- Control en la preparación, distribución, dispensación y comercialización de medicamentos.
- Medidas de control de la contaminación generada por actividades industriales y manufactureras.
- Acceso a la prestación eficiente, segura y oportuna a los servicios asistenciales de salud.
- Adecuada disposición final de residuos sólidos.
- Control animal y zoonosis.
- Provisión, mantenimiento y adecuación de baños públicos.

Control de otros tipos de contaminación (visual, aérea del suelo, entre otras).

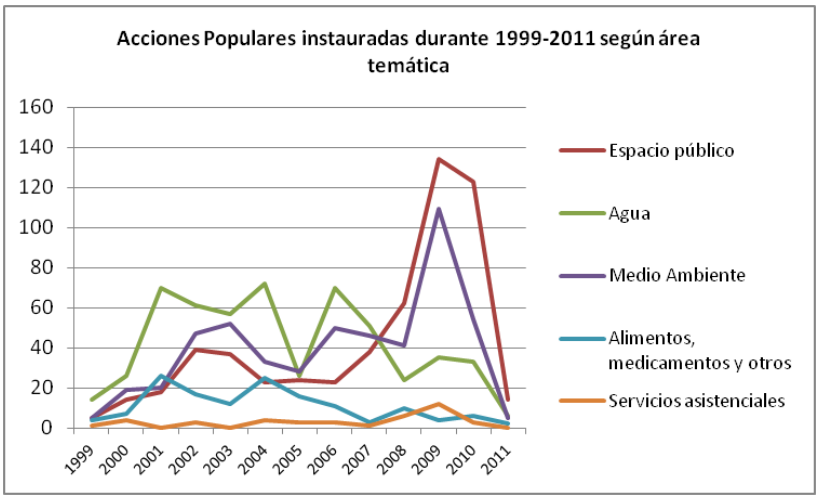
4. Capítulo 4: Resultados

De acuerdo al plan de análisis, en su orden, se presentan los resultados obtenidos a partir de los registros revisados de acciones populares y acciones de grupo discriminados según área temática y derechos invocados, con una descripción de su distribución departamental; seguidos de la descripción de las acciones de tutela y posteriormente una consolidación de tales acciones.

4.1. Acciones populares

De la muestra de 1792 acciones populares del periodo en estudio, se observó una tendencia al aumento (ver gráfica 2-1), con una considerada elevación en las cifras para el periodo 2009, dada principalmente por el aumento en las demandas por concepto de Seguridad del Espacio Público y Medio Ambiente Sano como se observa en la gráfica 2-1.

Gráfica 4-1 Acciones populares instauradas durante 1999-2011 según área temática

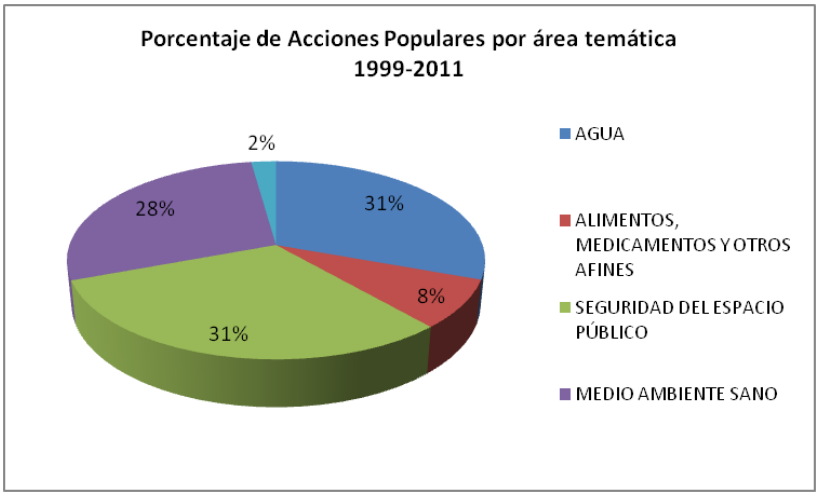


Fuente: Datos de la Defensoría del Pueblo 2011

4.1.1. Distribución de las acciones populares por el derecho a la salud pública según áreas temáticas

Se realizó el análisis de los registros de acciones populares en función de las temáticas ya descritas (ver gráficas 2-1 y 2-2); así entonces, de la muestra de acciones populares interpuestas entre 1999-2011, 554 corresponden a demandas relacionadas con la temática de seguridad del espacio público con una participación de 31%, 546 demandas se llevaron a cabo por la temática de agua (31%), 509 corresponden a la temática de medio ambiente sano, es decir el 28%, 143 demandas por alimentos, medicamentos y otros de consumo humano (8%) y por último 40 acciones populares relacionadas con servicios de salud que representan el 2% restante, como se observa en la gráfica 2-2.

Gráfica 4-2 Porcentaje de acciones populares por área temática1999-2011

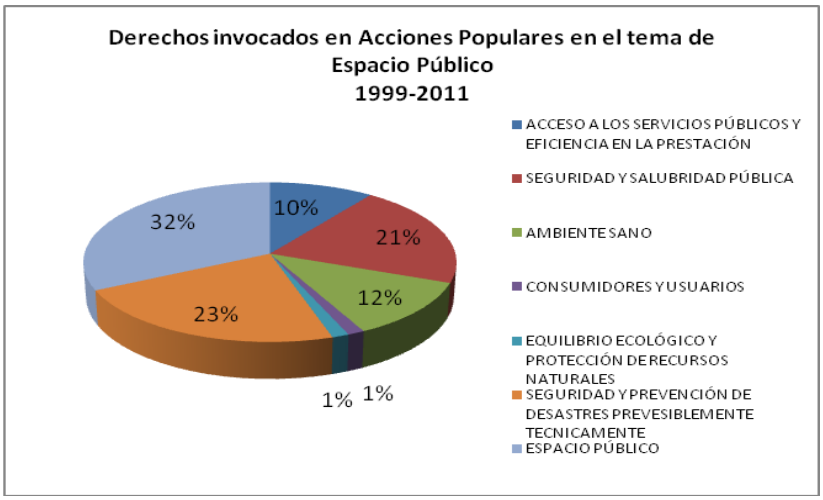


Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

a. Seguridad del espacio público

En el tema de la seguridad del espacio público, se invocaron principalmente los derechos al espacio público 32%, la seguridad y prevención de desastres previsiblemente técnicamente 23% y la seguridad y salubridad pública 21% tal como lo muestra la gráfica 2-3.

Gráfica 4-3 Derechos invocados en acciones populares en el tema de Espacio Público 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

La pretensiones de cada una de las demanadas se centraron en los siguientes aspectos (Ver gráfica 2-4):

- Construcción, matenimiento y adecuación de vías peatonales

Se presentaron 287 Acciones Populares por éste concepto, es decir un 47% en el tema de espacio público. En estas acciones legales se pretendió la construcción, el mantenimiento y la adecuación de puentes peatonales, rejillas y tapas de alcantarillado, andenes, bolardos, postes de energía, reductores de velocidad vehicular, semaforización e iluminación.

- Restitución y reparación del espacio público

Este concepto como el segundo en la lista de pretensiones, se destaca por la solicitud de la recuperación y restitución de vías peatonales y zonas verdes invadidas por el comercio informal, el parqueo de vehículos, estructuras de servicios públicos como acueducto o energía que obstaculizan la movilización y las obras de construcción que abarcan el espacio público en una gran proporción. Para tal fin se establecieron 118 Acciones de demanda, es decir el 19 % por concepto de espacio público.

- Prevención de desastres

Se establecieron 89 Acciones Populares dirigidas a la realización de valoraciones de sismorresistencia; al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de detección y prevención de incendios y de los planes locales de emergencia; a garantizar la seguridad

en las construcciones y prevenir aquellas en terrenos no aptos para la construcción; a la reubicación de las viviendas y las familias que se encontraban en zonas de alto riesgo; el establecimiento de medidas preventivas ante el desbordamiento de rios y quebradas, y el monintoreo preventivo de actividades de explotación minera y el saqueo de piedra de los rios y el mantenimiento de estructuras que amenazan ruina.

- Espacio público seguro para personas con discapacidad y locomoción disminuida

Se instituyeron 44 Acciones Populares (7%) en las que se solicitó la adecuación del espacio público para personas con discapacidad y locomoción disminuida, que incluyó señalización auditiva y visual, e instalación de rampas y barandas de apoyo en vias peatonales.

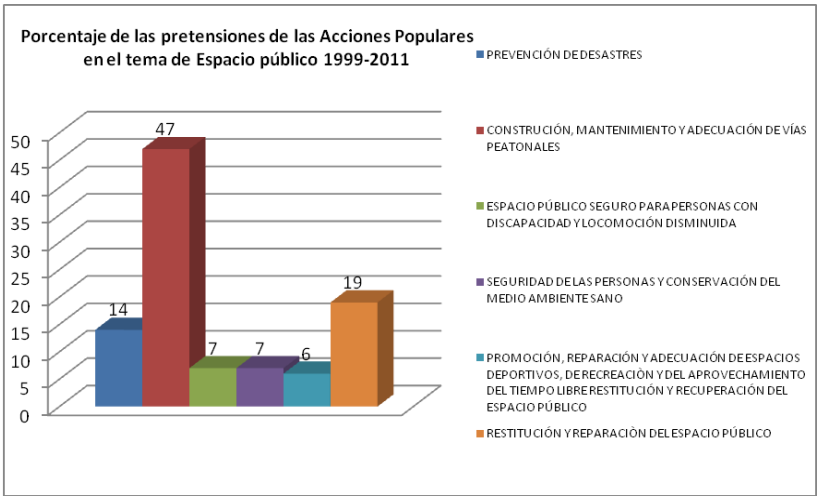
- Seguridad de las personas y conservación del medio ambiente sano

La constituye medidas tendientes a prevenir la indigencia, el expendio de drogas, la delincuencia, dentro de las que se destacan al creación de hogares de paso para la atención de jovenes adolescentes que puedan generar problemas de inseguridad, y el mantenimiento y control de predios y estructuras abandonadas que propician la delincuencia y la contaminación. Al respecto se instauraron 40 Acciones Populares (7%).

- Promoción, reparación y adecuación de espacios deportivos, de recreaciòn y del aprovechamiento del tiempo libre

Las solicitudes respecto a los espacios deportivos se concentraron en la recuperación de canchas de futbol y basquetball, parques y zonas verdes destinadas a la recreación; así como a la reparación y el mantenimiento de sus estructuras y la conservación de estos espacios libres de toda contaminación. Al respecto se establecieron 35 Acciones Populares.

Gráfica 4-4 Porcentaje de las pretensiones de las acciones populares en el tema de Espacio Público 1999-2011

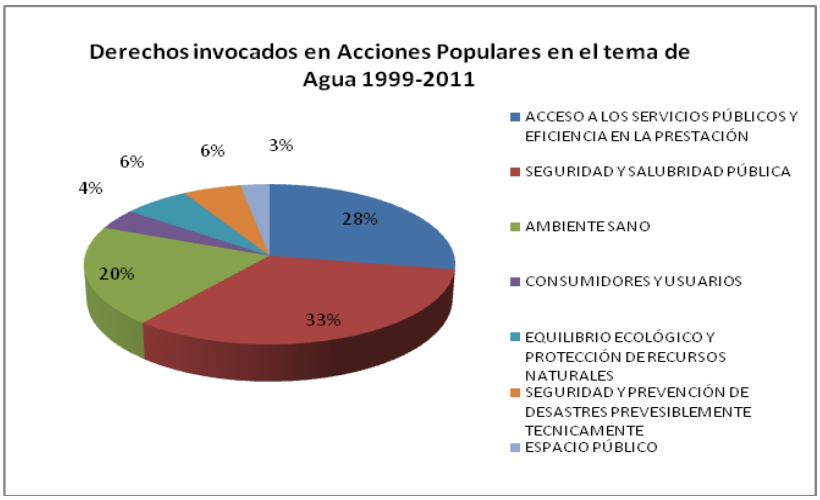


Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

b. Agua

Los derechos en salud pública mas invocados en el tema de agua fueron la Seguridad y la Salubridad Pública en un 33%, el Acceso a los Servicios Públicos y Eficiencia en la Prestación con un 28% de participación y derecho a un Ambiente Sano 20% (gráfica 2-5).

Gráfica 4-5 Derechos invocados en acciones populares en el tema de agua 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Las pretensiones de los accionantes en el tema de agua estaban predominantemente dirigidas hacia los siguientes ítems (Ver gráfica 2-6):

- Instalación, reparación, adecuación de estructuras de acueducto y alcantarillado

Los accionantes solicitaron la construcción de sistemas de acueducto y alcantarillado en las áreas en las que no se contaba con tal servicio. Además solicitaron la reparación y adecuación de los sistemas existentes que en su momento presentaban fallas en su funcionamiento y/o generaba alteraciones en las estructuras del espacio público dando lugar a un mal manejo de aguas residuales, aguas lluvias, entre otras. Por este concepto se establecieron 278 Acciones Populares, es decir un 38%.

- Prestación oportuna y eficiente del servicio de acueducto y alcantarillado

Por éste concepto, los accionantes solicitaron un servicio oportuno y eficiente por parte de las empresas encargadas del manejo de acueducto y alcantarillado, reclamando el respectivo mantenimiento y aseo de las estructuras, la revisión de contadores del agua y la respuesta de quejas y reclamos por parte de la comunidad que se derivan de la prestación del servicio. Este tipo de solicitud tuvo un porcentaje de participación del 31%, con un total de 229 Acciones Populares.

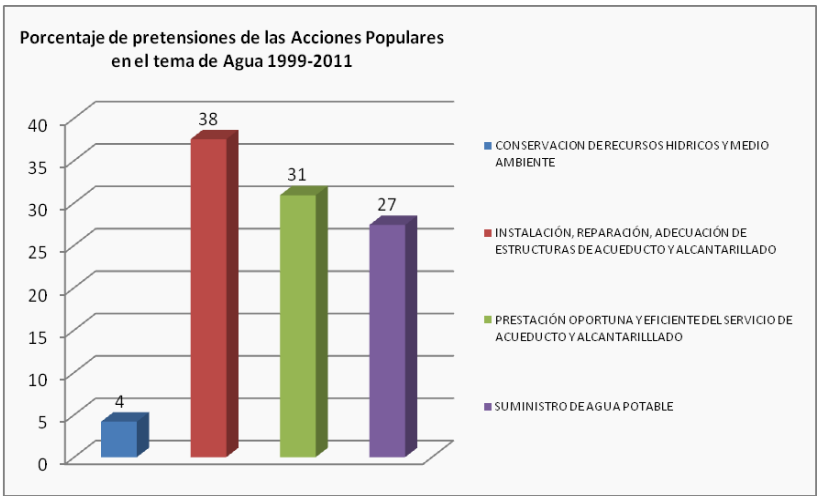
- Suministro de agua potable

Con respecto a éste ítem, se reclamó principalmente por todas las medidas respectivas para ofrecer agua apta para el consumo humano. En ella se incluyeron los análisis fisicoquímicos del agua y su respectivo tratamiento al que haya habido lugar, la construcción y mantenimiento de las plantas de tratamiento de aguas. Por éste concepto, hubo un total de 203 Acciones Populares, es decir un 27%.

- Conservación de recursos hídricos y medio ambiente

En éste aparte, se solicitó a todas las autoridades competentes la conservación de fuentes hídricas naturales como ríos, quebradas, nacimientos de agua. Adicionalmente se solicitó el mantenimiento de los ríos en los que desemboca las aguas residuales del las áreas urbanas y rurales y la construcción y mantenimiento de las lagunas de oxidación. Por éste concepto se presentaron 31 reclamaciones con una participación del 4%.

Gráfica 4-6 Porcentaje de pretensiones de las acciones populares en el tema de Agua 1999-2011

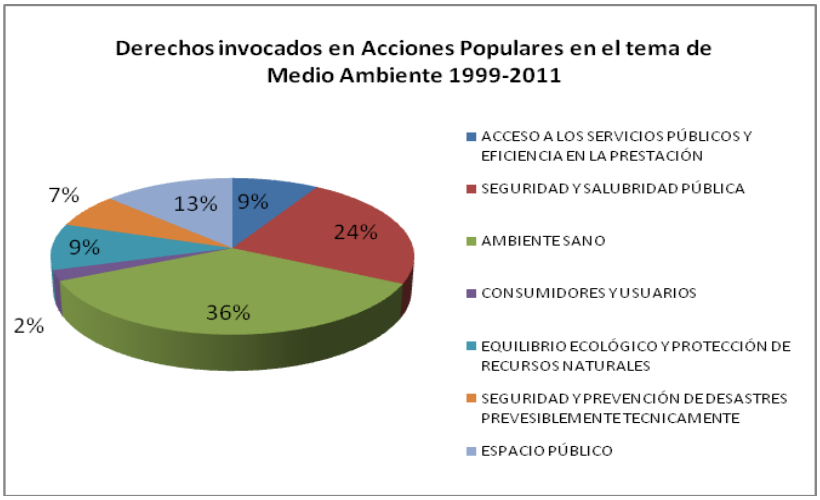


Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

c. Medio ambiente sano

En el tema de medio ambiente sano se invocaron principalmente los derechos al Ambiente Sano 36%, la Seguridad y la Salubridad pública 24% y el Espacio Público 13% como se observa en la siguiente gráfica:

Gráfica 4-7 Derecho invocados en acciones populares en el tema de Medio Ambiente 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Con respecto a las pretensiones de los accionantes se obtuvo lo siguiente (Ver gráfica 2-8):

- Adecuada disposición de residuos sólidos

Ocupando el primer lugar, con una participación del 27% comprende la construcción y adecuación de rellenos sanitarios; la clausura de botaderos de basura establecidos en áreas no adecuadas para éste fin; la colocación y la reparación de cestas de basuras en vías peatonales; el desarrollo de planes de recoleción, transporte, tratamiento y eliminación de residuos; realización de campañas educativas para el manejo adecuado de basuras; elaboración de cursos y talleres de capacitación de los operarios que laboran con las empresas de aseo; realización de estudios de impacto social sobre los métodos de manejo, recolección, disposición final de las basuras; limpieza de calles; disposición final de escombros y cadaveres animales y humanos; mantenimiento de lagunas de oxidación; control de los pozos sépticos; control del manejo y disposición final de residuos hospitalarios; contribución al reciclaje y poner a disposición de la comunidad oficinas de socialización y atención de quejas en materia de manejo de basuras.

- Control de otros tipos de contaminación

En este aparte se tuvo en cuenta otros tipos de contaminación como la auditiva, la visual y la del aire generadas por los altos indices de ruido; colocación de avisos indiscriminadamente en áreas públicas, por las fumigaciones de plagas y cultivos ilícitos, el consumo de tabaco en sitios públicos y la emanación de gases tóxicos del transporte y otras industrias. Las solicitudes conducen a la elaboración de planes de saneamiento para mitigar, controlar y corregir el impacto ambiental negativo y representan el 21% de las acciones populares por concepto de medio ambiente.

- Medidas de control de la contaminación generada por actividades industriales y manufactureras

Los accionantes pretendieron hacer control de la contaminación que se genera en los mataderos, los cementerios, las plazas de mercado, las instituciones de salud, las industrias de alimentos, las petroleras y de transporte y la disposición final de pilas y baterias y el uso de bolsas plásticas biodegradables. La solicitud de estas de medidas de control de la contaminación surgió en un 12%.

- Provisión, mantenimiento y adecuación de baños públicos

En un 11% de las solicitudes relacionadas con medio ambiente, se solicita ampliar y facilitar la disposición de baños en áreas públicas, a fin de evitar la contaminación del espacio público como consecuencia de la no disponibilidad de los servicios sanitarios por parte de transeúntes.

- Conservación de recursos hídricos y del medio ambiente

Además de las descritas anteriormente con respecto a los recursos hídricos, se sugirieron las medidas de control de medio ambiente concernientes a la prevención de la tala de árboles, a la reforestación, a la restauración de la corteza natural y de la biodiversidad de la flora y la fauna. Este concepto representa el 9% de las pretensiones.

- Restitución y reparación del espacio público

Descrito anteriormente, éste concepto fue solitiado en un 8% de las solicitudes de medioambiente sano.

- Prevención de desatres

Descrita anteriormente, su participación fue de 6%.

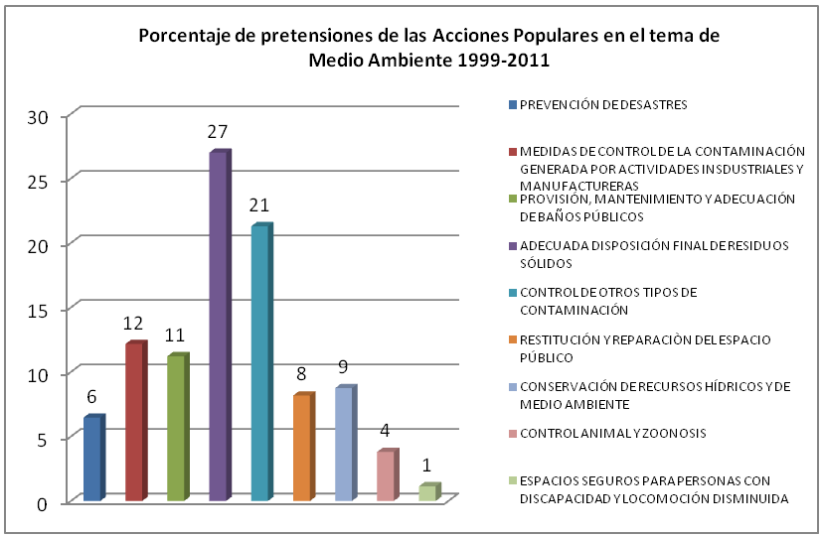
- Control animal y zoonosis

La solicitud más frecuente por éste concepto, con una participación del 4% fue la construcción y el mantenimiento de depósitos de animales para prevenir la exposición de excrementos y/o enfermedades generadas por éstos en el espacio público.

- Espacios seguros para personas con discapacidad y locomoción disminuida

Las pretensiones por éste concepto, en materia de medio ambiente representan el 1%.

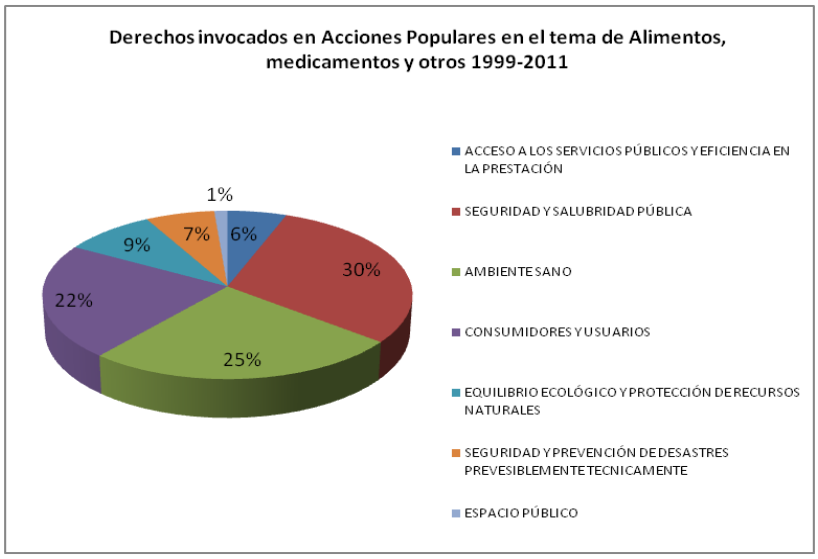
Gráfica 4-8 Porcentaje de las pretensiones de las acciones populares en el tema de Medio Ambiente 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

d. Alimentos, medicamentos y otros de consumo humano Con respecto a las Acciones Populares por concepto de alimentos, medicamentos y otros afines se observó que los principales derechos invocados fueron el de Seguridad y Salubridad Pública 30%; un Ambiente Sano 25%, asociado principalmente a la contaminación generada durante la producción de alimentos de origen animal y la consecuente inocuidad de los mismos, y seguidamente el derecho de Consumidores y Usuarios 22% (Ver gráfica 2-9).

Gráfica 4-9 Derechos invocados en acciones populares en el tema de alimentos, medicamentos y otros 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

En ésta temática de alimentos, medicamentos y otros afines, las pretensiones se concentraron en cuatro aspectos a saber (Ver gráfica 2-10):

- Control de la calidad de los alimentos destinados para el consumo humano

Las solicitudes relacionadas con la calidad de los alimentos representan el 43% de las acciones populares en la temática de alimentos, medicamentos y otros afines y se concentraron básicamente en la exigibilidad de alimentos aptos para el consumo humano; el control de la producción, el transporte y la dispensación de los alimentos; la implementación de las medidas para corregir los problemas en torno al sacrificio animal para consumo humano y la prohibición del consumo de alcohol en menores de edad.

- Medidas de control de la contaminación generada por actividades industriales y manufactureras

Descritas anteriormente, para el caso concreto de alimentos, medicamentos y otros afines, las solicitudes por éste concepto se llevaron a cabo principalmente por el control de la calidad de los productos procesados y elaborados en los frigoríficas, así como del impacto que este tipo de industria genera al medio ambiente, siendo éste el 40% de las solicitudes.

- Información clara y comprensible acerca de las propiedades de los productos de consumo

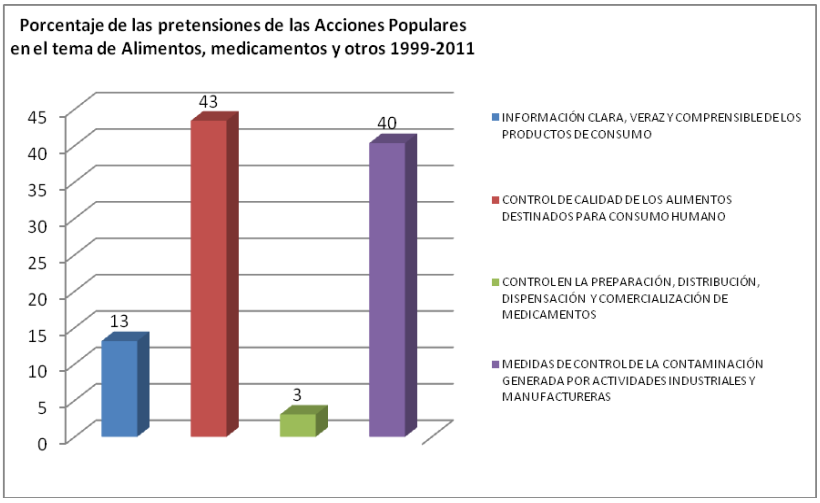
Los accionantes reclaman en un 13% la veracidad e instrucción clara acerca de la información nutricional de los alimentos; los componentes de alimentos y otros productos; la fecha su elaboración y vencimiento y el registro INVIMA. Adicionalmente, solicitaron la pertinencia de ofrecer información acerca de la nocividad del alcohol y el cigarrillo en los empaques de dichos productos, y el control de la publicidad de las bebidas alcohólicas.

- Control en la preparación, distribución, dispensación y comercialización de medicamentos

Con respecto a éste último ítem, los accionantes reclamaron en un 3% la necesidad de incluir algunos medicamentos dentro del POS, especialmente medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA. Adicionalmente exigen el suministro oportuno de los medicamentos requeridos y el control en la producción y comercialización de

medicamentos en general, a fin de garantizar el acceso a fármacos de buena calidad y seguros para el consumo.

Gráfica 4-10 Porcentaje de pretensiones de las acciones populares en el tema de Alimentos, Medicamentos y otros afines

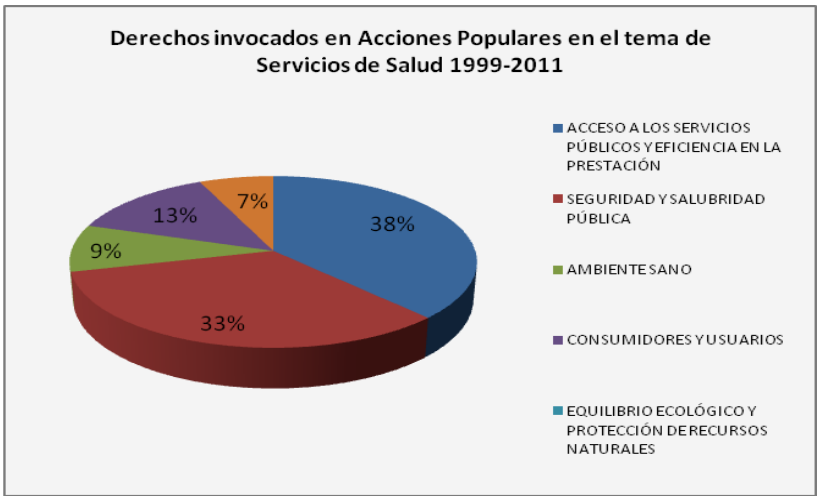


Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

e. Servicios de atención sanitaria

En ésta temática, se invocaron en su gran mayoría el derecho al Acceso a los Servicios Públicos y Eficiencia en la Prestación 38% y el derecho a la Seguridad y Salubridad Pública 33% como se observa en la siguiente gráfica.

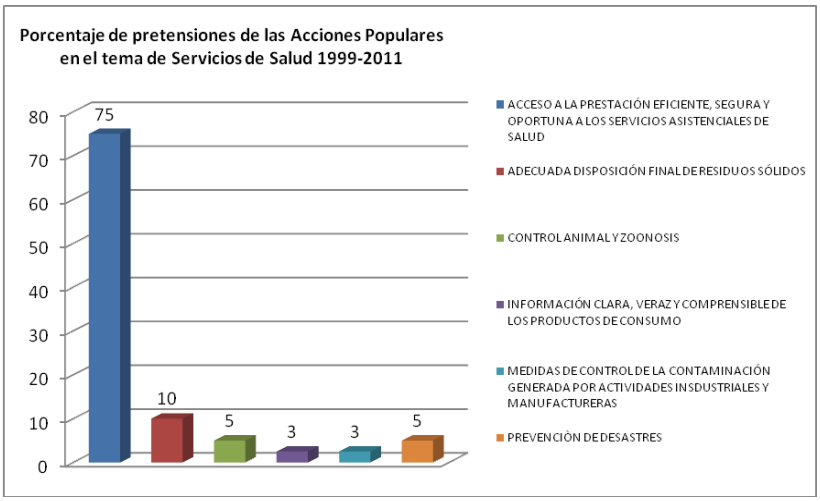
Gráfica 4-11 Derechos invocados en acciones populares en el tema de Servicios de Asistencia Sanitaria 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Las Acciones Populares al respecto se encaminaron a pretensiones anteriormente expuestas como la adecuada disposición de residuos sólidos 10%; control animal y zoonosis 5%; prevención de desastres 5%; Información clara, veraz y comprensible de los productos de consumos 3%; medidas de control de la contaminación generada por actividades industriales y manufactureras 3%. El mayor porcentaje de reclamación se hizo por concepto de acceso a la prestación eficiente, segura y oportuna a los servicios asistenciales en salud, con un 75%, con la que se exigía el acceso a medicamentos, a las instalaciones de salud adecuadamente dotadas y seguras, y el acceso al proceso de clasificación SISBEN (Ver gráfica 2-12).

Gráfica 4-12 Porcentaje de pretensiones de las acciones populares en el tema de servicios de salud 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

4.1.2. Distribución de las acciones populares por el derecho a la salud pública según Departamentos

Se observó que los departamentos en los que mayoritariamente se exigió el derecho a la salud pública por éste mecanismo, en su orden son, Santander 26,2%, Bogotá 11,1%, Cundinamarca 10,2%, Boyacá 7%, Quindío 5,4% y Cauca 5,1%.

Adicionalmente, como lo expone la tabla 2-1, las Acciones Populares instauradas estuvieron dirigidas principalmente hacia la exigibilidad de los derechos relacionados con la seguridad del espacio público con un número total de 2.213 demandas, seguido de agua con 2.187 demandas y medio ambiente sano con un total de 2.037.

Tabla 4-1: Acciones populares según departamento 1999-2011

DEPARTAMENTO	AGUA	ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y OTROS AFINES	SEGURIDAD DEL ESPACIO PÚBLICO	MEDIO AMBIENTE SANO	SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA	TOTAL	%
AMAZONAS	2	0	1	1	0	4	0,1
ANTIOQUIA	101	14	44	73	4	236	3,3
ARAUCA	20	1	1	6	0	28	0,4
ATLÁNTICO	36	1	14	14	2	67	0,9
BOLIVAR	41	0	6	10	0	57	0,8
BOYACA	150	25	149	167	13	504	7,0
CALDAS	18	1	9	12	3	43	0,6
CAQUETÁ	14	3	3	8	0	28	0,4
CASANARE	58	3	7	23	2	93	1,3
CAUCA	118	31	101	108	7	365	5,1
CESAR	52	19	17	49	2	139	1,9
CORDOBA	56	8	23	62	7	156	2,2
CUNDINAMARCA	338	121	67	196	11	733	10,2
CHOCO	17	7	4	32	2	62	0,9
DISTRITO CAP (BOGOTA)	101	135	273	248	39	796	11,1
GUAINIA	3	0	0	0	0	3	0,0
GUAVIARE	4	0	0	2	0	6	0,1
HUILA	128	24	48	65	0	265	3,7
LA GUAJIRA	16	1	2	11	0	30	0,4
MAGDALENA	33	6	25	45	2	111	1,5
MAGDALENA MEDIO	0	0	7	9	0	16	0,2
META	89	5	20	39	3	156	2,2
NARIÑO	117	5	41	55	14	232	3,2
NORTE DE SANTANDER	77	23	71	64	1	236	3,3
PUTUMAYO	23	0	0	1	0	24	0,3
QUINDIO	69	5	192	113	9	388	5,4
RISARALDA	27	3	17	30	1	78	1,1
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	0	0	1	2	0	3	0,0
SANTANDER	326	68	969	497	17	1877	26,2
SUCRE	10	3	2	3	1	19	0,3
TOLIMA	91	57	63	49	4	264	3,7
VALLE	45	2	36	43	14	140	2,0
VAUPES	4	0	0	0	0	4	0,1
VICHADA	3	0	0	0	1	4	0,1
TOTAL	2187	571	2213	2037	159	7167	100

Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Para finalizar, la tabla 2-2 señala las pretensiones en las acciones populares.

Tabla 4-2: Pretensiones de las acciones populares instauradas durante 1999-2011

PRETENSIONES DE LAS ACCIONES POPULARES 1999-2011	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL	%
Construcción, mantenimiento y adecuación de vías peatonales	4	0	9	23	21	10	16	2	19	26	75	74	8	287	13,4
Instalación, reparación, adecuación de estructuras de acueducto y alcantarillado	5	16	36	25	28	31	19	11	38	14	25	24	6	278	12,9
Prestación oportuna y eficiente del servicio de acueducto y alcantarillado	5	12	38	22	26	28	10	40	18	7	9	14	0	229	10,7
Suministro de agua potable	5	3	35	22	16	44	4	52	11	4	2	4	1	203	9,5
Restitución y recuperación del espacio público	1	3	6	12	5	13	7	18	14	23	24	31	4	161	7,5
Medidas de control de la contaminación generada por actividades industriales y manufactureras	5	14	25	30	14	11	11	13	3	4	14	11	2	157	7,3
Adecuada disposición final de residuos sólidos	1	8	6	19	27	16	7	12	8	18	14	9	1	146	6,8
Prevención de desastres	1	10	5	9	11	6	3	11	5	10	38	13	3	125	5,8
Control de otros tipos de contaminación	0	4	7	10	9	7	7	10	19	8	16	13	2	112	5,2
Control de calidad de los alimentos destinados para consumo humano	4	7	23	16	8	9	15	10	1	3	0	2	1	99	4,6
Conservación de recursos hídricos y del medio ambiente	5	6	6	8	9	5	10	8	3	4	5	8	0	77	3,6
Provisión, mantenimiento y adecuación de baños públicos	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	46	9	0	59	2,7
Espacio público seguro para personas con discapacidad y locomoción disminuida	0	0	0	4	1	0	1	0	6	13	15	10	0	50	2,3
Seguridad de las personas y conservación del medio ambiente sano	1	1	2	0	3	4	0	1	3	3	11	10	1	40	1,9
Promoción, reparación y adecuación de espacios deportivos, de recreación y del aprovechamiento del tiempo libre	0	2	0	2	5	1	4	3	3	0	6	7	2	35	1,6
Información clara, veraz y comprensible de los productos de consumo	0	0	0	1	2	16	0	1	0	5	2	3	1	31	1,4
Acceso a la prestación eficiente, segura y oportuna a los servicios asistenciales de salud	1	4	0	3	0	2	3	1	1	3	10	2	0	30	1,4
Control animal y zoonosis	0	0	0	0	0	0	0	11	7	1	3	0	0	22	1,0
Control en la preparación, distribución, dispensación y comercialización de medicamentos	0	0	2	0	2	0	0	0	1	2	0	0	0	7	0,3
TOTAL														2148	100

Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

4.2. Acciones de grupo

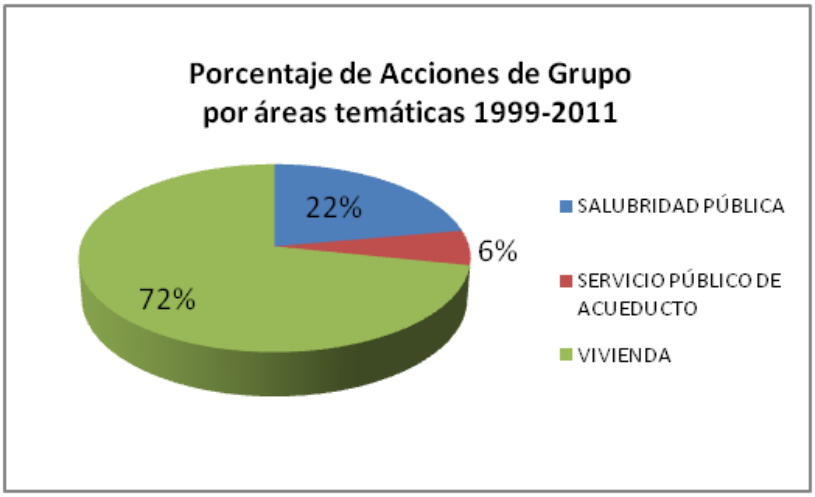
En relación con las 117 acciones de grupo del periodo en estudio, los registros no contaban con la información suficiente acerca de las pretensiones de los accionantes, sin embargo se realizó el respectivo análisis en función de los derechos invocados y de las áreas temáticas. Así, desde los derechos invocados, se observó que la exigibilidad en las acciones de grupo se orienta principalmente hacia los derechos de salud pública ya descritos en las acciones populares y en menor medida, se invocaron otros tales como el derecho a la vida digna; el derecho de los niños, las mujeres y los adultos mayores; el derecho a la igualdad; a la seguridad alimentaria y a la integridad personal, entre otros. Por otra parte, en cuanto a las áreas temáticas, para el análisis de las acciones de grupo, se tuvieron en cuenta las de agua, medio ambiente y vivienda. (Ver gráfica 2-13).

4.2.1. Distribución de las Acciones de Grupo por el derecho a la salud pública según áreas temáticas

Las acciones de grupo instauradas dentro del periodo en estudio fueron: para Vivienda 84 acciones de grupo con una participación de 72%, para Salubridad Pública 26 demandas que corresponden al 22%, para Servicios Públicos de Acueducto y Alcantarillado 7 demandas que representan el 6% restante y finalmente 15 acciones por otros derechos.

En relación con las acciones de grupo interpuestas por concepto de vivienda se observó que las solicitudes de los accionantes estaban dirigidas hacia problemáticas como viviendas que amenazan ruina, fallas geológicas, construcciones sin tener en cuenta las normas técnicas y adicionalmente de mala calidad. Con respecto a las otras, se observó que los demandantes exigen por este mecanismo, al igual que en las acciones populares, el derecho al acceso a servicios de acueducto y alcantarillado y al goce de un ambiente sano, tal y como se observa en la gráfica 2.13.

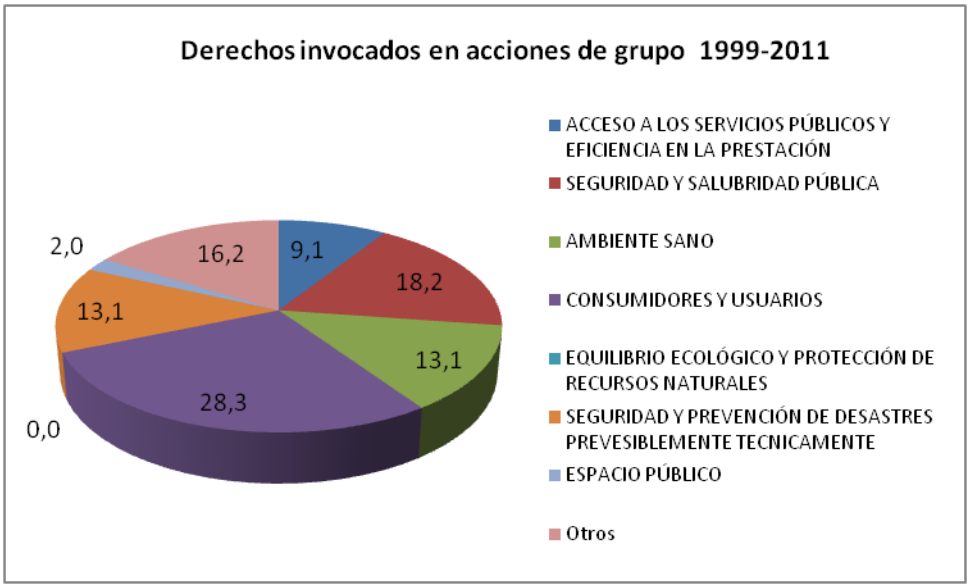
Gráfica 4-13 Porcentaje de acciones de grupo por área temática 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Los derechos invocados en este mecanismo de exigibilidad fueron principalmente el derecho de los Consumidores y Usuarios en un 21%; el derecho a la Seguridad y Salubridad Pública con un 13%; el derecho a un Ambiente Sano 10% y el derecho a la Seguridad y Prevención de Desastres Previsiblemente Técnicamente con una participación del 10%. En “otros” que corresponden al 38%, se enumeran aquellas Acciones de Grupo, que aunque no especifican los derechos invocados en algunos casos, y en otros mencionan derechos de otra índole, las causas por las cuales se instauraron tales demandas continúan estando relacionadas con las áreas temáticas descritas y por ende contribuyen a la exigibilidad en materia de salud pública.

Gráfica 4-14 Derechos invocados en acciones de grupo 1999-2011



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

4.2.2. Distribución de las Acciones de Grupo por el derecho a la salud pública según Departamentos

El mayor porcentaje de Acciones de Grupo interpuestas para el periodo de 1999-2011 se concentró en Bogotá 35%, Cundinamarca con un 12%, Nariño con un 10,3%, Tolima con un 9,4% y Santander con una participación de 7,7%.

Las áreas temáticas que más se demandaron en el país fueron Vivienda y Salubridad Pública.

Tabla 4-3: Acciones de grupo según departamento 1999-2011

DEPARTAMENTO	SALUBRIDAD PÚBLICA	SERVICIO PÚBLICO DE ACUEDUCTO	VIVIENDA	TOTAL	%
ANTIOQUIA	1	1	0	2	1,7
ATLÁNTICO	1	0	2	3	2,6
BOYACA	3	0	0	3	2,6
CALDAS	1	0	1	2	1,7
CAUCA	1	0	4	5	4,3
CORDOBA	3	0	3	6	5,1
CUNDINAMARCA	2	1	11	14	12,0
CHOCO	1	1	0	2	1,7
DISTRITO CAP (BOGOTA)	9	1	31	41	35,0
HUILA	0	0	2	2	1,7
NARIÑO	2	0	10	12	10,3
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	0	1	0	1	0,9
SANTANDER	1	0	8	9	7,7
SUCRE	0	0	1	1	0,9
TOLIMA	1	2	8	11	9,4
VALLE	0	0	3	3	2,6
TOTAL	26	7	84	117	100,0

Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

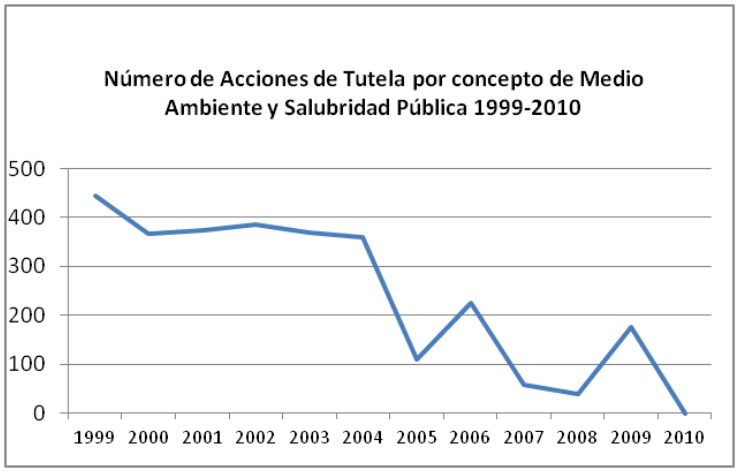
4.3. Acciones de tutela

Como se ha mencionado anteriormente, la Defensoría del Pueblo ha venido desarrollando una serie de informes desde 1999 acerca de las acciones de tutela por concepto de salud. Su trabajo se ha concentrado predominantemente en el análisis de las tutelas interpuestas por los servicios de atención incluidos en el POS e inclusive los servicios No POS que las personas exigen en defensa de su estado de salud. Adicionalmente, con el resultado de sus investigaciones, determina las negaciones más frecuentes de los servicios de salud.

En materia de salud pública existen únicamente dos aspectos que en éste trabajo se han descrito como propios de la salud pública, los cuales, dentro de los estudios de la Defensoría son descritos en los apartes de las acciones tutelas interpuestas por otros conceptos del sistema y otras solicitudes diferentes a salud, que si bien no invocan el derecho a la salud como tal, afectan de algún modo el estado de salud de las personas [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31]. Estos dos aspectos, de considerable importancia por su implicación colectiva son: los Servicios Públicos y el Medio Ambiente y la Salubridad Pública. Con respecto al primero, aunque compete a la salud de los colectivos, no es tenido en cuenta para efectos de este estudio en vista de que no se especifican qué tipo de servicios públicos se consideran en el análisis de la Defensoría; pues como uno de ellos puede relacionarse con el tema de acueducto y alcantarillado, otros probablemente no tengan el mismo impacto sobre la salud de los colectivos. En relación con el segundo, se observa que su concepto se acoge perfectamente al concepto de salud pública, razón por la cual se tiene en cuenta para el respectivo análisis.

Las acciones de tutela dirigidas a la protección del medio ambiente y la salubridad pública, son significativamente inferiores en número con respecto a otros tipos de solicitudes de salud individual por éste mecanismo de demanda. Entre 1999 y 2010 se instauraron 2910 acciones de tutela [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31] que reclaman medio ambiente y salubridad pública, con una participación de 0,3% de las tutelas en salud; y cabe resaltar que la frecuencia de reclamo por éste concepto se observa cada vez aún más reducido, contrario a lo que sucede con la tendencia de aumento de las acciones populares que reclaman medio ambiente sano.

Gráfica 4-15 Número de acciones de tutela por concepto de medio ambiente y salubridad pública 1999-2010



Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Se observó por ejemplo que para 1999, el número de tutelas por medio ambiente y salubridad pública fue de 444 [25]; cifra que disminuye progresivamente de manera que para 2004 se interpusieron 360 acciones de tutela [26]. Llama la atención, el descenso tan significativo de estas cifras que se presenta a partir de 2005 con un número de 109 acciones de tutela [26.27], pasando por 59 en 2007 [27] hasta 0 en 2010 [30].

Por el contrario, con respecto a las acciones de tutela instauradas por servicios asistenciales de salud dirigidos hacia la salud individual, se observa que se trató de 1.026.790 tutelas, con una participación del 89,3% de las acciones de tutela en salud durante el periodo de estudio [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Tabla 4-4: Acciones tutela en salud 1999-2011

AÑO	MEDIO AMBIENTE Y SALUBRIDAD PÚBLICA	% PARTICIPACIÓN	SALUD INDIVIDUAL	% PARTICIPACIÓN	OTROS	% PARTICIPACIÓN	TOTAL
1999	444	1,8	19.992	80,1	4.525	18,1	24.961
2000	367	1,2	23.999	79,4	5.867	19,4	30.233
2001	375	0,8	39.561	85,4	6.389	13,8	46.325
2002	386	0,7	45.488	86,3	6.814	12,9	52.688
2003	369	0,6	59.044	88,8	7.068	10,6	66.481
2004	360	0,4	84.048	90,8	8.136	8,8	92.544
2005	109	0,1	101.243	91,3	9.584	8,6	110.936
2006	226	0,2	121.115	89,3	14.216	10,5	135.557
2007	59	0,0	114.842	92,3	9.576	7,7	124.477
2008	38	0,0	153.189	94,1	9.568	5,9	162.795
2009	177	0,1	132.739	87,0	19.628	12,9	152.544
2010	0	0,0	131.530	87,7	18.498	12,3	150.028
TOTAL	2910	0,3	1.026.790	89,3	119.869	10,4	1.149.569

Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

4.4. Consolidación de acciones constitucionales

Realizando una consolidación de los datos obtenidos en las acciones populares, de grupo y de tutela se obtuvo que los derechos invocados con más frecuencia fueron en su orden el derecho al ambiente sano con una participación del 52.2%; el derecho a la seguridad y salubridad pública 14.9% y el derecho al acceso a los servicios públicos y eficiencia en la prestación 8.6%, tal como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 4-5: Consolidación de acciones constitucionales que invocan algún derecho de salud pública 1999-2011

Acciones Constitucionales por derechos de salud pública 1999-2011																	
Derecho invocado	Área temática												Subtotal	Subtotal	Subtotal	Total	%
	Espacio público		Agua		Medio Ambiente			Alimentos y otros de consumo humano		Servicios de salud		Vivienda					
	A. popular	A. grupo	A. popular	A. grupo	A. popular	A. grupo	A. tutela	A. popular	A. grupo	A. popular	A. grupo	A. grupo	A. popular	A. grupo	A. tutela		
Ambiente sano	123	0	243	1	372	10	2910	80	0	4	0	2	822	13	2910	3745	56,2
Seguridad y salubridad pública	220	0	400	1	245	10	0	95	0	15	0	7	975	18	0	993	14,9
Acceso a los servicios públicos y eficiencia en la prestación	106	0	335	1	88	1	0	18	0	17	0	7	564	9	0	573	8,6
Espacio público	342	0	34	0	134	0	0	4	0	0	0	2	514	2	0	516	7,7
Seguridad y prevención de desastres prevesiblemente tècnicamente	239	0	68	2	72	3	0	21	0	3	0	8	403	13	0	416	6,2
Equilibrio ecoógico y protección de recursos naturales	14	0	78	0	98	0	0	28	0	0	0	0	218	0	0	218	3,3
Consumidores y usuarios	14	0	50	1	23	3	0	70	0	6	0	24	163	28	0	191	2,9
Otros (de acciones de grupo)	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	3	0	16	0	16	0,2
Total	1058	0	1208	6	1032	40	2910	316	0	45	0	53	3659	99	2910	6668	100,0

Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

Por otra parte, se observó además que los ciudadanos y ciudadanas han hecho uso cada vez màs frecuente de las acciones populares y de grupo para exigir los derechos de salud pública, pues de 44 acciones colectivas instauradas en 1999 por los derechos ya descritos, pasó a 440 acciones en 2011 tal y como se observa en la siguiente tabla..

Tabla 4-6: Acciones populares y de grupo que invocan algún derecho de salud pública 1999-2011

DERECHOS INVOCADOS	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL	%
ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN	14	19	49	64	52	55	29	65	50	40	79	49	8	573	15,2
SEGURIDAD Y SALUBRIDAD PÚBLICA	20	27	97	99	93	110	63	103	78	57	134	97	15	993	26,4
AMBIENTE SANO	13	41	65	92	76	65	51	70	83	55	131	82	11	835	22,2
CONSUMIDORES Y USUARIOS	6	9	17	28	17	26	11	17	7	11	22	15	5	191	5,1
EQUILIBRIO ECOLÓGICO Y PROTECCIÓN DE RECURSOS NATURALES	3	13	15	33	25	23	17	17	19	8	26	17	2	218	5,8
SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE DESASTRES PREVESIBLEMENTE TECNICAMENTE	2	15	14	30	36	32	19	28	21	47	96	68	8	416	11,1
ESPACIO PÚBLICO	4	8	24	35	33	19	31	29	39	58	112	111	13	516	13,7
OTROS (acciones de grupo)	2	1	1	2	0	1	4	0	2	0	0	3	0	16	0,4
Total	**64**	**133**	**282**	**383**	**332**	**331**	**225**	**329**	**299**	**276**	**600**	**442**	**62**	**3758**	**100**

Fuente: Datos de la defensoría del Pueblo 2011

5. Capítulo 5: Análisis y discusión

Con esta investigación se abordaron temas que provienen de dos disciplinas diferentes como son el derecho y la salud pública, entonces con el ánimo de contribuir a las reflexiones, se presentan los análisis desde esas dos perspectivas y la relación entre ellas.

En el primer caso, desde la perspectiva del derecho, se resalta la naturaleza del derecho a la salud pública y la facultad de ser exigible, como derecho colectivo y por vía de conexidad como derecho fundamental

Desde la salud pública el análisis se lleva a cabo teniendo en cuenta: el perfil epidemiológico; los presupuestos teóricos de la práctica de la salud pública y las perspectivas individual y colectiva de la salud.

Si bien es cierto que los derechos de salud pública se constituyen como derechos colectivos dentro de nuestro orden constitucional actual, y que para su protección se cuenta con mecanismos judiciales como las acciones populares y de grupo, la Corte Constitucional ha dejado el precedente que el derecho a la salud es fundamental por vía de conexidad con la vida y la dignidad humana. Así entonces surgen algunas consideraciones acerca de la naturaleza de estos derechos

5.1. La participación de la acción de tutela para la exigibilidad de los derechos de salud pública

Con respecto a las acciones de tutela, se observa que la exigibilidad de los derechos en salud pública es muy inferior con respecto a la exigibilidad del derecho a la salud individual la que obedece a la exigencia de servicios tales como tratamientos, cirugías, procedimientos, exámenes diagnósticos y dispensación de medicamentos; pues se

observa que en el periodo de estudio se instauraron 1.026.790 acciones de tutela por este tipo de servicios, mientras que para el derecho a un medio ambiente sano y la salubridad pública, se interpusieron 10.194 tutelas.

La inferioridad de las tutelas por el derecho a la salud pública puede explicarse probablemente por cuatro aspectos a tener en cuenta que podrían ser considerados en futuras investigaciones. En primer lugar es de considerar que las acciones populares y de grupo, por su carácter colectivo, pueden ser interpuestas por un sinnúmero de accionantes para exigir un mismo derecho en una misma oportunidad; por el contrario, las acciones de tutela, aunque en algunas oportunidades pueden ser interpuestas por más de un accionante, se observa que su instauración es predominantemente de carácter individual en materia del derecho a la salud lo que podría explicar su superioridad en número de demandas.

En segundo lugar, la inferioridad en dichas acciones puede obedecer a cuestiones de percepción ciudadana, pues es probable que la población en su totalidad no ha percibido la implicación directa que tienen las problemáticas de salud pública sobre el estado de salud de las personas o bien puede haber cierta indiferencia al respecto; también podría tratarse de desconocimiento por parte de los ciudadanos acerca de otras causas diferentes a la contaminación ambiental que se constituyen como lesivas para la salud de las personas (violencia, radiación, condiciones laborales, entre otras); y/o desconocimiento de la existencia de tales derechos y su exigibilidad mediante los mecanismos establecidos para ello. Además Abramovich et.al (2009) agrega que otra posible causa de la baja exigibilidad de los derechos sociales, y que puede aplicarse a los derechos colectivos se debe a la desconfianza de la población hacia las autoridades judiciales, que consecuentemente estimula otras formas de exigibilidad como las manifestaciones en masa, las protestas, entre otras.

Como tercer aspecto, si bien es cierto, como se verá más adelante, que en algunos casos la acción de tutela es procedente a la hora de exigir algunos derechos colectivos, su menor participación en dicha cuestión pudo haber obedecido a la orientación de la ciudadanía a hacer uso más frecuente de las acciones colectivas en la medida en que éste último mecanismo les generaba un incentivo.

Por último, aunque no es absolutamente determinante, pero no menos importante, se debe considerar que constitucionalmente, los derechos en materia de salud pública,

configurados como derechos colectivos, tienen como primera instancia de reclamo las acciones populares y de grupo, lo que explicaría su participación mínima en las acciones de tutela. Sin embargo, ésta última consideración no es aun definitiva, pues como se ha observado, las acciones de tutela interpuestas por derechos que competen a la salud pública adquieren su legalidad por vía de conexidad con otros derechos fundamentales como la vida y la dignidad humana. Adicionalmente, la Corte Constitucional ha proferido mediante la sentencia SU 913 de 2009

"Que cuando unos determinados hechos puedan dar lugar a una acción de tutela o a una acción popular, la tutela será de todas formas procedente. Así, por ejemplo, en el campo de los servicios públicos domiciliarios se ha afirmado que " la acción de tutela dirigida a obtener obras de alcantarillado no es improcedente por la existencia de otras medidas de defensa judicial como las acciones populares, cuando se demuestra que existe una violación o amenaza directa el derecho fundamental de la persona que interpone la tutela y que esta situación tenga una relación de causalidad directa con la omisión de la administración que afecte el interés de la comunidad… sin querer llegar al extremo de afirmar que la acción de tutela excluye en estas hipótesis la acción popular, lo claro es que la jurisprudencia ha establecido que por unidad de defensa, por economía procesal y por prevalencia de la acción de tutela, esta prima sobre aquella" [22].

Por lo tanto la acción de tutela es procedente en la medida en que la vulneración y amenaza de los mismos comprometan otros derechos fundamentales. De acuerdo a eso, el derecho a la salud pública amerita como mecanismo idóneo la acción de tutela para su protección y garantía lo que no se explica con la significativa disminución de la participación de las acciones de tutela instauradas por el derecho al medio ambiente sano y la salubridad pública observadas durante el periodo de estudio.

La Corte Constitucional ha proferido que la acción de tutela en la defensa de derechos colectivos es improcedente en tanto se compruebe que la acción popular es el mecanismo idóneo que sin ninguna consideración de inaplicabilidad logra garantizar el derecho [62]. Sin embargo, en cuanto a acciones u omisiones que comprometen el estado de salud de las personas, es claro que la resolución de tales problemáticas debe ser impostergable y que bajo el precepto de la existencia de un perjuicio irremediable, en este caso todo aquel que compromete la vida y la dignidad humana, debe ser la acción

de tutela la primera instancia de protección judicial en materia de salud pública, al menos como mecanismo transitorio.

5.2. La salud pública como un derecho justiciable y exigible

El derecho a la salud pública es justiciable en la medida en que goza de los mecanismos judiciales para su defensa y exigible en tanto se le considera derecho subjetivo como producto de la aceptación de los tratados internacionales y posteriormente de su inclusión dentro de nuestra norma constitucional, y aun cuando su contenido y su titularidad sean indeterminados, su naturaleza fundamental se basa en su conexidad con la vida y la dignidad humana, por ello la protección de este derecho aun considerado dentro de normas programáticas debe ser de carácter inmediato (por lo menos en términos del mínimo vital) considerando el gran impacto que tienen las condiciones adversas sobre la salud cuando se trata de un colectivo y no solamente del individuo.

Ahora bien, el derecho a la salud pública como un derecho colectivo rompe con la distinción de los derechos que poseen cierto grado de exigibilidad y justiciabilidad en tanto se les considere de libertades positivas o negativas, tal y como lo ha expuesto Abramovich y Courtis (2009). Pues estos derechos, aunque en diversas situaciones requerirán de recursos para ser garantizados, también requieren en otros casos obligaciones de tipo negativo como la protección, el respeto y cumplimiento que garanticen su realización. De acuerdo a esto, no es de ninguna manera sustentable que estos carezcan de una amplia exigibilidad y justiciabilidad dadas por su reciente reconocimiento y desarrollo legislativo; por su supuesto valor normativo restringido y por una eficacia normativa indirecta y mediata.

5.3. La participación social como garantía del derecho a la salud pública

Si la salud pública como un derecho colectivo tiene la finalidad de “preservar la especie humana” y proporciona además las condiciones que permiten el desarrollo individual y social del ser humano, debe ser entonces un derecho plenamente protegido y realizado; lo que implica la participación no sólo del Estado como único garante, sino de los otros

actores del juego social como los ciudadanos y las entidades públicas y privadas en una dinámica diferente a la de daño-reparación.

Tradicionalmente se le ha encargado al estado la protección y el cumplimiento de la salud pública, sin embargo ésta requiere de la participación ciudadana, la que al parecer se ve restringida a la facultad de exigir en la medida en que tales derechos se ven en amenaza y/o vulnerados, así como "*las acciones de tutela se han convertido en una forma privilegiada para acceder a los servicios médicos*" [30] las acciones populares y de grupo lo son para exigir los servicios de salud pública. Sin embargo, no se observa un incentivo a orientar la participación de la sociedad en aras de promover la salud pública en una dinámica diferente a la de reparación y rehabilitación de condiciones desfavorables para la salud como se ha podido apreciar cuando se exige por ejemplo la reparación de vías peatonales toda vez que éstas se han convertido en una amenaza para la salud de las personas; la construcción y reparación de sistemas de acueducto y alcantarillado cuando se ha observado un incremento en el número de enfermedades relacionadas con la exposición a aguas residuales y el agua no apta para el consumo humano, entre otras.

Aquí entra entonces la responsabilidad de las entidades tanto públicas como privadas, pues de ellas depende que tal participación sea promovida, pero más que eso, son estas las que deben orientar la protección del derecho a la salud pública hacia dinámicas de promoción y prevención, pues no es lógico establecer la contribución restaurativa de estas entidades como único mecanismo de protección de tal derecho.

Se requiere además de la voluntad política para que esto sea posible, pues ante problemáticas de salud ampliamente documentadas, algunas condiciones de salubridad deben ser prioridad dentro de las agendas políticas, como por ejemplo el suministro de agua potable lo que no se explica con la existencia hoy en día de áreas urbanas y rurales en Colombia que aun no cuentan con un sistema de acueducto y alcantarillado, siendo ampliamente conocido el impacto de dichas condiciones sobre la salud de la población en general y no solo de aquella que carece del servicio; citando otros ejemplos, se conocen las amplias externalidades que implica el déficit en materia de inmunización, la contaminación de un rio, la violencia intrafamiliar, la desnutrición, el desempleo, la limitación del acceso a servicios asistenciales de corte individual, entre otros.

En relación con los incentivos derogados por la ley 1425 de 2010, se aprecia que éstos probablemente fueron un buen estímulo para la participación de los actores populares en la medida en que éste contribuiría, por un lado a la exigibilidad más frecuente, lo que se traduciría en una constante vigilancia ciudadana, y por otro lado al cumplimiento de las condiciones óptimas de salud y vida por parte de las autoridades correspondientes. Aunque este mecanismo apuntaría básicamente a la cuestión de la participación social en aras del restablecimiento de condiciones adversas como se explicó anteriormente, es por lo menos un mecanismo que en primera instancia puede contribuir de alguna manera a la garantía y el cumplimiento del derecho.

5.4. El perfil epidemiológico y los aspectos de salud pública objeto de exigibilidad de los derechos

Los datos muestran que los ciudadanos y ciudadanas han hecho uso cada vez más de las acciones populares y de grupo para exigir principalmente el derecho al goce de un ambiente sano; a la seguridad y salubridad pública, y al acceso a los servicios públicos y la eficiencia en su prestación.

Las pretensiones de los accionantes obtenidas del registro de las acciones populares, se relacionan con la construcción, el mantenimiento y la adecuación de vías peatonales; la instalación, reparación y adecuación de estructuras de acueducto y alcantarillado con la prestación oportuna y eficiente de tales servicios y el suministro de agua potable.

Cuando se analizan las pretensiones de los peticionarios se encuentra una correlación de éstas con la morbimortalidad infantil a causa de enfermedades como la EDA y la IRA y con la morbilidad en general causada por enfermedades transmisibles como el dengue y la malaria. La literatura ha documentado que la falta de condiciones básicas de saneamiento, la deficiencia y/o la nulidad en la prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado, especialmente en áreas rurales y la mala disposición de basuras dan lugar a este tipo de alteraciones de la salud.

La interpretación de la exigibilidad de los derechos de salud pública por parte de la ciudadanía reafirma que el saneamiento básico es un componente primordial para proteger la salud y la vida digna de la población, especialmente de los niños y niñas.

Por tanto, este componente debería ser considerado como un derecho fundamental y como un determinante estructural en salud pública. Por ello debe constituirse como una prioridad en las agendas de la política ambiental y social y su realización es impostergable en la medida en que éste afecta seriamente las condiciones de salubridad y supervivencia de la población infantil.

De otra parte, los datos indican que el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas ha aumentado de 22.9% en 2000 a 27.78 en 2008; que el Índice de Condiciones de Vida se ha mantenido entre 75.7% y 78.79% entre 2000 a 2008; y la desigualdad de ingresos ha venido aumentado con un coeficiente de Gini de 0.54 en 2002 a 0.578 en 2009. También se han incrementado las enfermedades laborales (hasta una tasa de 102,7 por cada 100.000 afiliados a una ARP en 2009 y una persistencia de 8.8 casos por cada 100.000 afiliados a ARP de mortalidad asociada al trabajo en 2009) y los casos de violencia intrafamiliar y homicidios, y existe una relativa persistencia en las cifras relacionadas con el suicidio y los accidentes de tránsito, también las bajas condiciones educativas y el bajo nivel socioeconómico han sido asociadas con la desnutrición y con la EDA e IRA en menores de cinco años de edad.

Al analizar estos datos en términos de exigibilidad se observa cierta divergencia, pues los resultados muestran que con menor exigibilidad aparecen los derechos relacionados con las condiciones de vivienda, educación, empleo y pobreza. Por ejemplo, para las condiciones de vivienda se instauraron 84 acciones de grupo durante el periodo de estudio que se enfocaron en problemáticas tales como viviendas que amenazan ruina, fallas geológicas, construcciones sin tener en cuenta las normas técnicas y adicionalmente de mala calidad.

Otros aspectos de exigibilidad

El 5% de las acciones populares hacen referencia al control de calidad de los alimentos para consumo humano; el 1% al acceso a la prestación eficiente, segura y oportuna a los servicios asistenciales de salud; 6% para la prevención de desastres, 2% en la recuperación y adecuación de espacios para la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre y número total de 7 acciones populares para el control en la preparación, distribución, dispensación y comercialización de medicamentos.

De los anteriores resultados se puede analizar, que si bien es cierto que el saneamiento básico es un componente tradicionalmente fuerte en la salud pública y colectiva, también se observa que aparecen otros aspectos en menor proporción, lo que conduce a pensar que la percepción de la salud pública continúa siendo restringida a cuestiones de medio ambiente y se han relegado a un segundo plano otros determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en el estado de salud de los colectivos.

Estos hallazgos pueden indicar, que además de considerar el saneamiento ambiental como prioritario, no se pueden desconocer los otros determinantes de salud pública de orden socioeconómico como el desempleo, la exclusión social, la pobreza e inequidad.

5.5. El modelo de salud: la enfermedad como vía para lograr salud pública

Se asume que la vía de acceso a la salud es precisamente combatiendo la enfermedad. Probablemente por ello se asemeja el concepto de derecho a la salud como el acceso a servicios de atención a la enfermedad, los que generalmente están orientados hacia el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades y muy poco o nada con la protección y fomento de los determinantes que favorecen la salud, o de aquellas externalidades que vulneran la salud y la vida. Es decir que el modelo de salud continúa privilegiando la curación y el tratamiento más que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Esto quizá sea consecuencia de la carencia de acciones previas en pro de la salud pública, pues como afirma Paredes (2002) "*todas las acciones que se dejen de realizar por varios años tienen un impacto negativo en generaciones enteras sobre las cuales no se puede actuar posteriormente*". Esto ha conducido a enfrentar una carga de enfermedad que cada vez es más amplia y más compleja, lo que sumado a unos recursos limitados orientan la intervención hacia lo prioritario en términos de enfermedad. Por ejemplo, la Ley 100 de 1993 ha dado prelación al desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud con un fuerte énfasis en la atención individual encaminada básicamente a servicios asistenciales que hacen parte de un paquete POS como el suministro de medicamentos, los procedimientos, cirugías y demás servicios que atiende principalmente la enfermedad y que con esto se limitó a ser un "*mecanismo de aseguramiento del riesgo financiero de las familias frente a la enfermedad*" [108]. Otro

ejemplo de ello es el Decreto 3039 de 2007 que contiene el Plan Nacional de Salud Pública en el que se establecen las prioridades de salud de acuerdo al diagnóstico nacional y así establece que las actividades estarán dirigidas a combatir la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la morbilidad por enfermedades transmisibles como el dengue, la malaria y la lepra, otras como la desnutrición, entre otras.

Por el contrario, como Granda (2004) propone, es necesario estimar presupuestos filosófico-teóricos de la salud y la vida como orientadores de las políticas en salud pública; así las acciones que serán predominantemente de tipo preventivo, dejarán de ser rehabilitadoras de estados de enfermedad, sin descuidar la atención de la enfermedad como realidad que nos aqueja.

5.6. Las dimensiones individual y colectiva de la salud

El término “salud” entendido como un proceso dinámico de todo ser vivo, debe ser considerado en los términos individual y colectivo [45], sin hacer prelación en la cuestión del individuo y sin extremar tampoco el concepto de colectivo como ámbito de otra índole, desconociendo al individuo como parte del mismo.

Ahora bien, se parte de entender la salud del “público” como la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno [45]. Así entonces, surge la inquietud ¿por qué la exigibilidad y el desarrollo de la jurisprudencia se han visto avocados predominantemente hacia la salud individual? ¿Acaso se piensa en la salud pública como la suma de la salud de los individuos, aduciendo que si se tienen individuos sanos es lo mismo que tener una población sana, en la medida en que se proporciona atención con un enfoque meramente clínico-curativo y se desconoce al individuo como parte de unas dinámicas sociales, culturales, políticas y económicas específicas?

De otra parte, parece entenderse el “derecho a la salud” como término diferente del “derecho a la salud pública” tal y como lo planteado en la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 al pensarse por un lado en los derechos colectivos que afectan la salud de la población como no fundamentales y por consiguiente con cierta progresividad para su garantía, y por el otro, la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad para atender las cuestiones públicas que no entran en el Plan Obligatorio de

Salud, por supuesto, diseñado para la prestación de servicios de atención de salud individual principalmente.

Tal división es cuestionable en la medida en que el término “salud” no es modificable cuando se trata de cuestiones individuales o colectivas, si se tiene en cuenta la salud como base del desarrollo humano y como el estado que permite la expresión de las capacidades creativas y productivas [102] lo que involucra al individuo y que influye en toda una colectividad. Entendida así, en la salud las fronteras de los individual y lo colectivo se borran, pues lo individual se expresa en la colectividad y las externalidades de lo colectivo se hacen extensivas a lo individual en algún grado.

Los determinantes sociales, económicos y culturales en la salud colectiva

De otro lado no es posible considerar la salud pública únicamente a partir de la accesibilidad a servicios de atención de predominio individual; pues aun cuando el individuo adquiere dichos servicios y gracias a ello su condición biológica se encuentra en óptimas condiciones, existen otros factores causantes de enfermedad que se derivan de otros sectores que no se circunscriben precisamente dentro del sector sanitario y que afectan a grupos poblacionales, y que deben ser igualmente susceptibles de intervención, como por ejemplo las condiciones laborales, las de vivienda, las del espacio público, la convivencia intra y extra familiar, las políticas públicas, la dispensación de los alimentos, las prácticas culturales que inciden en la salud de grupos de población según sean esas condiciones y prácticas.

6. Conclusiones y recomendaciones

- La exigibilidad de los derechos en salud pública mediante las acciones populares y de grupo durante el periodo 1993-2011 incrementó pues de 62 acciones populares y de grupo que invocan algún derecho de salud pública instauradas en 1999, se pasó a 600 en 2009 y 440 en 2010 acciones de demanda (Ver tabla 2-6), lo que evidencia que los ciudadanos conocen y hacen uso cada vez mayor de los mecanismos de exigibilidad contemplados en la Constitución Política para su protección y garantía. Sin embargo éste es un fenómeno que no ha sido suficientemente estudiado y analizado.

- El saneamiento básico en los hallazgos ocupa el primer lugar en la exigibilidad de los derechos de salud pública. Al ser analizado a la luz del perfil de morbimortalidad en niños menores de cinco años se encuentra que hay correspondencia causal con la presencia de EDA e IRA, así como con la morbilidad en general por enfermedades transmisibles encabezadas principalmente por el dengue y la malaria, entre otras. Este hallazgo confirma que cualquier gobierno nacional o local, urbano o rural, que carezca de los servicios de saneamiento básico, debe incluir como una de las prioridades de la agenda política y programática este derecho, el cual debe ser impostergable en la medida en que este afecta seriamente las condiciones de salubridad y supervivencia de la población colombiana y especialmente la población infantil.

- A pesar de la gran importancia que existe entre el saneamiento básico y la protección de la vida y la salud, los datos también indican que en la exigibilidad de los derechos de salud pública se ignoran otros determinantes de la salud de alto impacto negativo para la salud de las personas, tales como las condiciones de vivienda, la educación, los bajos ingresos, el desempleo, la pobreza y la violencia, entre otros. Por ello es pertinente que las entidades de salud, la academia y los

gobiernos nacionales y locales dirijan sus presupuestos ejecutando programas de intervención sobre los múltiples determinantes sociales, culturales y ambientales que protejan la salud pública, puesto que la salud es también un proceso en el cual los determinantes se constituyen en condicionantes estructurales que protegen y afectan la salud y la vida humana y no humana. El enfoque de salud pública no se debe limitar a las condiciones sanitarias únicamente sino que en ella intervienen aspectos sociales, políticos, económicos y culturales y requiere además de un trabajo intersectorial e interdisciplinar.

- Los hallazgos indican que el modelo de salud continúa reforzando la noción de salud como ausencia de enfermedad. Esta idea dominante se percibe también en el ámbito de la salud pública. Es necesario orientar los esfuerzos para que la salud pública se oriente desde una perspectiva diferente a la enfermedad, por ello se requiere construir y reforzar presupuestos filosófico - teóricos – legales de salud pública, que incluyan los determinantes estructurales para proteger la salud de los colectivos poblacionales.

- Desde el punto de vista conceptual, la salud pública abarca las dimensiones individual, familiar, comunitaria y del entorno, visualizando al individuo como integrante del colectivo y rodeado en una serie de condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en su estado de salud.

- Con respecto a las acciones de tutela, aunque la participación de estas en la protección y garantía de los derechos en salud pública disminuyo durante el periodo en estudio, pues se observó por ejemplo que para 1999, el número de tutelas por medio ambiente y salubridad pública fue de 444 acciones; cifra que disminuye progresivamente de manera que para 2004 se interpusieron 360 acciones de tutela, 109 en 2005, 59 en 2007, 0 en 2010 y 248 en 2011 (Ver gráfica 2-15). Se acepta, de acuerdo a las declaraciones de la Corte Constitucional, que éste sigue siendo el mecanismo idóneo para la exigibilidad de tales derechos toda vez que de ello depende la garantía de los derechos fundamentales como la vida y la dignidad humana.

- En el análisis de los hallazgos se genera una fuerte reflexión entre la concepción de salud en el ámbito de los derechos y su exigibilidad, puesto que a priori la salud individual estaría clasificada como un derecho de primer orden y al ser aceptada como un derecho fundamental es protegida por la acción de tutela, mientras que la salud colectiva y ambiental, está clasificada en derechos de tercer orden, cuya exigibilidad se hace mediante acciones populares y de grupo. La reflexión se centra en que la condición de individuo o colectivo, es la que asumió el legislador para darle el carácter de derecho de primer o tercer orden y por ende su exigibilidad y cumplimiento. Esta interpretación, por supuesto debatible, también puede explicar que en la exigibilidad de los determinantes sociales, económicos y culturales que afectan la vida de los colectivos poblacionales no se utilice la acción de tutela en la misma proporción que para los servicios de salud de tipo individual.

- La reflexión anterior, al ser analizada ante una amenaza de la vida y la salud de colectivos, pero cuya intervención y cumplimiento es imposible cumplir en el corto tiempo y por la inexistencia de recursos se sugiere que el estado asegure la realización del derecho a la salud pública, al menos en cuanto al mínimo vital se refiere, en tanto este tipo de derechos protegen la vida de los colectivos más que de individuos.

- Es claro que los fenómenos de salud pública tienen un panorama que combina infinidad de problemáticas y no todos pueden esperar a que su aplicación sea progresiva y que su no aplicación inmediata se justifique por falta de recursos, puesto que se puede estar ante un inminente riesgo de enfermar, morir o accidentarse.

- En el desarrollo de la salud pública se considera necesaria la participación de todos los sectores sociales y la participación de la población con una orientación hacia la promoción y prevención, pues aunque la facultad de exigible de este derecho se constituye como una acción participativa, éste se ha visto orientado principalmente hacia la solicitud de restauración de las cosas al estado anterior o

a servicios que aunque se constituyen como indispensables aún se documenta carencia de ellos.

Anexo A: Registro de datos

El siguiente es el instrumento de registro de la información acerca de las acciones populares y de grupo con su respectivo número de radicado; el tipo de acción judicial (popular o de grupo); el departamento en donde fue instaurada la acción, la temática de la que hace parte la demanda (agua, espacio público, medio ambiente, alimentos, medicamentos y otros afines, y servicios de asistencia sanitaria); el año en que fue instaurada; la exposición de los hechos; los derechos de salud pública invocados y por último las pretensiones de los accionantes.

NO. RADICADO	TIPO DE ACCIÓN	DEPARTAMENTO	TEMÁTICA	AÑO AUTO	HECHOS	ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN	SEGURIDAD Y SALUBRIDAD PÚBLICA	AMBIENTE SANO	CONSUMIDORES Y USUARIOS	EQUILIBRIO ECOLÓGICO Y PROTECCIÓN DE RECURSOS NATURALES	SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE DESASTRES PREVESIBLEMENTE TECNICAMENTE	ESPACIO PUBLICO	PRETENSIÓN 1	PRETENSIÓN 2	PRETENSIÓN 3

Bibliografía

1. Abramovich V; Courtis C. Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales. Revista Jura Gentium. 2005; I.
2. Aguilar Cuevas M. Las tres generaciones de los derechos humanos. Derechos humanos Órgano informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. 1998; 30:93-102.
3. Ahumada C. La penuria de la salud pública. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2002; 3:47-55.
4. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica**.** Sf. **C**uadernos médico sociales 75: 5-30.
5. Álvarez Castaño LS. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Revista Panamericana de Salud. 2005; 18(2):129-35.
6. Álvarez Castaño S. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. (Spanish). The social determinants of health: beyond the risk factors perspective (English).2009;8(17):69-79. PubMed PMID: 47834347.
7. Arbeláez Rudas M. Derecho a la salud en Colombia el acceso a los servicios del Sistema Geenal de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Cinep; 2006: 372.
8. Arouca S. Salud en las sociedades en transición. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. 1982; 21: 83-9.
9. Berlinguer, G. Determinantes sociales de las enfermedades. Revista Cubana de Salud Pública. 2007; 33(1)
10. Barón-Leguizamón A. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. Revista de Salud Pública. 2007; 9(2):167-79.
11. Bobbio N. Teoría general del derecho. 2a. ed. Bogotá: Temis; 2002: 269.
12. Cardona A, Castañeda P, Borrero Y, Díaz M. Pensamiento en salud pública de los precursores "sabios" de la independencia Colombiana. Revista Salud

Pública. 2010; 12(3):474-85.

13. Cardona A., Mejía LM, Nieto E, Restrepo R. Temas críticos en la reforma de la Ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2005; 23(1):117-33.
14. Cipolla CM, Potter E. Miasmas and disease public health and the environment in the pre-industrial age. New Haven: Yale University; 1992. ix, 101 p. p.
15. Constitución Política de Colombia, (1991).
16. Contreras Bautista JD. La tutela como manifestación de algunas fallas de mercado y de gobierno en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia que comprometen la eficiencia y la equidad del mismo. *revista de derecho y economía*. 2008; 25:37-55.
17. Contreras Ramírez N. Protección judicial de derechos económicos sociales y culturales como derechos sociales fundamentales. (Spanish). Universitas Estudiantes. 2004 (1):179-88. PubMed PMID: 26314645.
18. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-449 de 1992, (1992).
19. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-016 de 2007, (2007).
20. Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-415 de 1992
21. Corte Constitucional de Colombia.Sentencia T-760 de 2008, (2008).
22. Corte Constitucional de Colombia Sentencia SU 913 de 2009.
23. Declaración de Quito. II Conferencia Regional sobre la Pobreza en America Latina y el Caribe; Quito1991. p. 14.
24. Decreto 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, (2007).
25. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 1999-2003. Bogotá 2003.
26. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2003-2005. Bogotá 2007.
27. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud periodo 2006-2008. Bogotá 2009.
28. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2009. Bogotá 2010.
29. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2010. Bogotá 2011.
30. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. Bogotá 2012. 174 p.

31. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud periodo 2003-2005. Bogotá 2007.
32. Domínguez Torres LC. Crisis global, salud y enfermedad: dimensiones contemporáneas en la agenda de la salud pública. Universitas Medica. 2006; 47(4):314-34.
33. Domínguez BNR. La Nueva Salud Pública. (Spanish) (Cover story). Revista Cubana de Salud Pública. 2000; 26(2):77. PubMed PMID: 5725853.
34. Durango Álvarez GA. Aproximaciones conceptuales a la democracia constitucional y a los derechos fundamentales en la Teoría de L. Ferrajoli. (Spanish). Conceptual approaches to constitutional democracy and to fundamental rights in L Ferrajoli Theory (English). 2007; 6(12):189-204. PubMed PMID: 33957931.
35. Echeverry O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. 2008; 24(3):210-6.
36. Engels F, Morgan LH. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado en relacción con las investigaciones de L.H. morgan. 4a. ed. Moscú: Progreso; 1971. 213 p. p.
37. Escallón, JDG. Una crítica a los derechos: la indeterminación y mutación de los derechos fundamentales. (Spanish). A critique of rights: the indetermination and the mutation of fundamental rights (English). 2007 (4):9-22. PubMed PMID: 35719205.
38. Estrada JH. Contexto político y económico del surgimiento de la salud pública moderna en el periodo 1872-1914. Universitas Odontológica. 2010; 29(63):17-28.
39. Estrada JH. La época del imperialismo y sus implicaciones en la salud pública. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2008;26(2):215-22.
40. Ferrajoli L. Sobre los derechos fundamentales. Cuestiones Constitucionales. 2006; 15:113-36. Epub junio -diciembre 2006.
41. Flórez Villegas GG. Del estado liberal al estado social de derecho evolución de una estructura cratólogica. Santafe de Bogotá. 161 h. p.
42. Franco Agudelo SA, Peña Riveros B, Yunis Londoño JJ, García Vargas MC, Herazo Acuña BJ, Malagón Oviedo RA, et al. La salud pública hoy enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias cátedra Manuel Ancízar.

Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología; 2003. 659 p. p.

43. Frenk J. The new public health. Annual Review Public Health. 1993; 14:469-90.
44. Gaggero C. Diez datos sobre el saneamiento. OMS/PAHO. Marzo 2011. Available: http://www.who.int/features/factfiles/sanitation/es/index.html
45. García Vargas MC. Aproximaciones conceptuales para diferencias promoción de la salud de la prevención de la enfermedad. Revista Avances en enfermería. 1998; 16 (1): 35-45.
46. Garcia Vargas MC. Teorías y prácticas en promoción y prevención. In: Odontología UNdCFd, editor. La salud pública hoy enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública Memorias cátedra Manuel Ancízar. Bogotá2003. p. 177-96.
47. García-Huidobro J, Mansuy D. Nicolás de Oresme y su interpretación del derecho natural aristotélico. (Spanish). Tópicos Revista de Filosofía. 2008 (35):37-56. PubMed PMID: 38704175.
48. Gaviria Díaz C. El derecho a la salud en el derecho constitucional colombiano. In: Odontología UNdCFd, editor. La salud pública hoy enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública Memorias cátedra Manuel Ancízar. Bogotá2003. p. 305-14.
49. Gianella-Malca C, Parra-Vera O, Yamin A, Torres-Tovar M. ¿Deliberación democrática o mercadeo social? los dilemas de la definición pública en salud en el contexto del seguimiento de la sentencia t–760 de 2008. Health and Human Rights. 2009; 11(1).
50. Gimbernat JA. La declaración de Derechos Humanos de 1948 y su raíz histórica. (Spanish). Tiempo de Paz. 2008 (90):21-6. PubMed PMID: 39245789.
51. Gómez Tamayo DF. Los presupuestos epistemológicos de los derechos humanos y el medio ambiente. (Spanish). Universitas Canónica. 2009; 26(42):68-100. PubMed PMID: 48721059.
52. González Borrero JI, García Molina M, Restrepo Trujillo M, Hernández Alvarez ME. ¿Equidad? el problema de la equidad financiera en salud. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos UN Observatorio

Universitario de Política Social y Calidad de Vida Alames; 2001. 228 p. p.

53. Granda E. A qué llamamos salud colectiva hoy? Revista Cubana de Salud Pública. 2004; 30(2).
54. Herrera-Pardo C. La dimensión jurídica de la ley natural y su lugar en el orden normativo vigente. (Spanish). Díkaion. 2008; 22(17):29-48. PubMed PMID: 42312016.
55. Hobuss J. Derecho natural y derecho legal en Aristóteles. (Spanish). Diánoia. 2009; 54(63):133-55. PubMed PMID: 48651971.
56. Idrovo AJ. Salud y regímenes políticos: Presidencialismo o parlamentarismo para Colombia? Revista Salud Pública. 2007; 9(2):205-14.
57. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. (Spanish). Revista de Derecho. 1998 (10):120-4. PubMed PMID: 26306278.
58. Latorre A. Introducción al derecho 2002 [cited 2011]. Available from: http://books.google.com/books?id=irXpZQBecC&hl=es&source=gbs_navlinkss
59. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, (1993).
60. Ley 472 de 1998.. Acciones Populares y de Grupo.
61. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, (2011).
62. Londoño Toro B. Justiciabilidad de los derechos colectivos balance de la ley de acciones populares y de grupo (Ley 472 de 1998) en sus primeros 10 años 1998-2008. Bogotá: Universidad del Rosario; 2009. 230 p. p.
63. Londoño Toro B, et al. Itinerario de la jurisprudencia colombiana de control constitucional como mecanismo de protección de derechos humanos. Bogotá2009.
64. Londoño Toro B, Carrillo A. Acciones de grupo y de clase en casos de graves vulneraciones a derechos humanos. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; 2010. 304 p.
65. Londoño Toro B, Torres Villareal ML. ¿Podrán las acciones populares Colombianas sobrevivir a los Recientes ataques legislativos Y jurisprudenciales? Universitas 2012; 124: 235-259
66. Marcone J. HOBBES: entre el iusnaturalismo y el iuspositivismo. (spanish). Hobbes: between iusnaturalism and iuspositivism (English). 2005;1(2):123-48.

PubMed PMID: 24127232.

67. Mendoza JM, Jarillo E. Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. Ciencia y salud colectiva 2011; 16(1): 847-854.
68. Mesquita Ayres JR. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2002; 20(2):67-82.
69. Montoya JHE. Contexto político y económico del surgimiento de la salud pública moderna en el periodo 1872-1914. (Spanish). Political and Economic Context at the Beginning of Modern Public Health in 1872-1914 (English). 2010;29(63):17-28. PubMed PMID: 60762717.
70. Moreno MCM, María Victoria López L. La salud como derecho en Colombia. 1999-2007. (Spanish). The right to Health in Colombia 1999-2007 (English). 2009; 8(16):133-52. PubMed PMID: 47027045.
71. Nuñez Palacios, S. Clasificación de los derechos humanos. Derechos humanos Organismo informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. 1998; 30:103-8.
72. OMS, Diez datos sobre la inocuidad de los alimentos 2009. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/food_safety/es/index.html
73. OMS. La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. Ginebra; 2004. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/
74. OMS. La planificación urbana es esencial para la salud pública. Ginebra 2010. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/urban_health_20100407/es/index.html
75. OMS. Los determinantes sociales de la salud 2012 [cited 2012 http://www.who.int/social_determinants/es/].
76. OMS. Medicamentos. La corrupción relacionada con los productos farmacéuticos. 2009. Avalaible from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs335/es/
77. OMS. Subsanar las desigualdades en una generación. Buenos Aires, Argentina: 2009.

78. ONU, Comité de Derechos Económicos SyC. Observación General N°14: Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Ginebra: Consejo Económico y Social; 2000.
79. OPS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, 2002.
80. OPS/OMS. Perfil de los sistemas de salud Colombia. Bogotá: OPS/OMS, 2009.
81. OPS. La Salud Pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento. Washington2007.
82. OPS. Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y Fortalecimiento Washington2007. Available from: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=10373&Itemid=99999999.
83. OPS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Washington2007. Available from: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf.
84. OPS/OMS. Vivienda saludble: Reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Venezuela 2006. Available from: http//ops-oms.org.ve
85. OPS Washington, Organizacion Mundial de la s. La crisis de la salud pública reflexiones para el debate. Washington: OPS : OMS; 1992. vi, 273 p. p.
86. Organization PAH. Perfil Colombia. In: OPS, editor. La salud en las Américas. II. 1998 ed1998. p. 184-97.
87. Organization PAH. Perfil Colombia. In: OPS, editor. La salud en las Americas. II. 2002 ed2002. p. 169-84.
88. Organization PAH. Indicadores básicos, 2003 2003 [cited 2011]. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
89. Organization PAH. Indicadores básicos, 2004 2004 [cited 2011]. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
90. Organization PAH. Indicadores básicos, 2006 2006 [cited 2011]. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
91. Organization PAH. Indicadores básicos, 2007 2007 [cited 2011]. Available

from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id

92. Organization PAH. Perfil Colombia. In: OPS, editor. Salud en las Americas. II2007. p. 220-41.
93. Organization PAH. Health Statisticsand Analusis Unit. PAHO Regional Mortality Database, 2008 Available from: http:// www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newtabulator.htm.
94. Organization PAH. Indicadores básicos, 2008 2008 [cited 2011]. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
95. Organization PAH. Indicadores básicos, 2009 2009 [cited 2011]. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
96. Organization PAH. Indicadores básicos, 2010 2010 [cited 2011]. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
97. Organization PAH. Perfil Colombia. In: OPS, editor.2012. Available from: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id
98. Orozco Africano JM. Caracterización del mercado de aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Cartagena, Colombia 2006.
99. Orrego C. La "gramática de los derechos" y el concepto de derechos humanos en John Finnis. (Spanish). Persona y Derecho. 2008 (59):135-57. PubMed PMID: 37335617.
100. Otero A. Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia? Cartagena, Colombia: Banco de la República; 2011.
101. Pampillo-Baliño JP. Una teoría global del derecho para una nueva época histórica. (Spanish). A comprehensive theory of law for a new historical period (English). 2010; 19(1):11-45. PubMed PMID: 54597852.
102. Paredes Hernández N. La garantía al derecho a la salud en Colombia, a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. In: Odontología UNdCFd, editor. La salud pública hoy enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública Memorias cátedra Manuel Ancízar. Bogotá2003. p. 287-303.
103. Paredes Hernández N. Derecho a la salud su situación en Colombia. Bogotá: Centro de Investigaciones y Educación Popular; 2003. 134 p. p.
104. Peña Cuellar SC, Silva Romero M. Tutelas en salud. Bogotá. 36 h. p.
105. Pérez CG, Morales TD. El futuro de la salud pública en el contexto político-

social actual. (Spanish). The future of the public health in the political and social setting (English). 2009;35(3):1-6. PubMed PMID: 62288275.

106. Pineda Garzón LE, Mesa Cuadros G. La eficacia de la acción de tutela en el derecho ambiental. Bogotá. 115 h. p.
107. Porter D. Health, civilization, and the state a history of public health from ancient to modern times. London New York: Routledge; 1999. 376 p. p.
108. Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud. DeJuSticia ed. Bogotá 2008.
109. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Profamilia, 2010.
110. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Profamilia, 2005.
111. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000. Profamilia, 2000.
112. Radbruch G. Introducción a la filosofía del derecho. México D.F.2002. 192 p.
113. Ramos B. La nueva salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2000; 24(2):77-84.
114. Robles Morchón G. Introducción a la teoría del derecho. 6ta ed. Barcelona2003. 239 p.
115. Rodríguez Beltrán JJ. Los derechos humanos y el medio ambiente. Dikaion, Revista de actualidad jurídica. 2006; 15:71-88.
116. Rodríguez Quinche JG. La acción de tutela en salud 1998-2001 caracterización e impacto económico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
117. Román JOA. Hannah Arendt y Carlos Marx: un debate acerca de los derechos humanos y el discurso de los derechos. (Spanish). Hannah Arendt and Charles Marx: a debate on Human Rights and the discourse on rights (English). 2010; 9(17):35-54. PubMed PMID: 51924604.
118. Rosen G, Fee E, Morman ET. A history of public health. Expanded ed. Baltimore: Johns Hopkins University; 1993. xci, 535 p. p.
119. Roses M. INFORME ANUAL DE LA DIRECTORA, 2010 2010. Available from: http://www.paho.org/english/d/annualreport/2010/Spanish/chapter_02ESP.htm
120. Rozo Acuña E. Introducción al concepto moderno antología de textos de derecho político. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1968. 2v. p.
121. Ruíz Buitrago IC. Salud en calidad de vida: un enfoque innovador, editor. La

salud pública hoy enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública Memorias cátedra Manuel Ancízar. Bogotá2003. p. 239-56.

122. Sanabria Gómez CR. Nociones fundamentales de derecho colombiano un análisis desde la perspectiva del derecho público. Bogotá2009. 192 p. p.
123. Scoppetta O. Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. (Spanish). Universitas Psychologica. 2006;5(3):695-703. PubMed PMID: 24159779.
124. Sepúlveda Niño S. El estado moderno. Instituto de ciencias sociales, Bogotá 1998
125. Sigerist HE. From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation. Journal of Public Health Policy. 1999; 20(4):474-96.
126. Sigerist HE. Civilización y enfermedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1946. 287 p., 30 p. de láms il. p.
127. Sigerist HE, Molina Guzmán G. Historia y sociología de la medicina selecciones. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública; 2007. 247 p. p.
128. Silva Paim J. Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. Salud colectiva, Buenos Aires 2009; 5(1): 121-126.
129. Ministerio de la Protección Social. Informe a la Corte Constitucional, a la procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo. Situación de negación de servicios Sentencia T-760 de 2008. Colombia.
130. Strayer JR. Sobre los orígenes medievales del estado moderno. Barcelona: Ariel; 1986. 154 p. p.
131. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. American Journal of Public Health. 1996; 86(5):674-. PubMed PMID: 9606201937.
132. Tennassee, M. *Plan Regional de Salud de los Trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC 2001
133. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. In: OMS1992, editor. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington1992. p. 273.
134. Torres Tovar M. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Revista Cubana de Salud Pública. 2007;

33(4).

135. Tría López AM. Libertad y autoridad: el bien común como fundamento de la exigibilidad de los derechos humanos. (Spanish). Revista de Derecho (15105172). 2004; 3(6):215-23. PubMed PMID: 17699654.

136. Uprimny Yepes R. La dialéctica de los derechos humanos en Colombia. Bogotá1992. 278 p.

137. Uprimny Yepes R. El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana. In: Odontología UNdCFd, editor. La salud pública hoy enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública Memorias cátedra Manuel Ancízar. Bogotá 2003. p. 315-43.

138. Urbina FZ. Derechos económicos, sociales y culturales: apuntes acerca de la naturaleza y justiciabilidad de los derechos fundamentales. (Spanish). Pensamiento Constitucional. 2007; 13(13):329-56. PubMed PMID: 36525009.

139. Urrutia M-TPMNBSN, Cianelli RPMPHRNF. Disparidad en Salud: Un Fenómeno Multidimensional. [Article] [ENGLISH]

140. Valdez CH. El Estado social de Derecho. (Spanish). Revista de Derecho (15103714). 2005 (7):241-77. PubMed PMID: 20902825

141. Valencia M. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 20 29(1): 85-93.

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

143. Verhellen E. La convención sobre los derechos del niño: Trasfondo, motivos, estrategias, temas principales. Bélgica2002.

144. Widow JL. La unidad de la ley natural y la distinción de preceptos en Tomas de Aquino. (Spanish). The Unity of Natural Law and the Distinction of Precepts according to Saint Thomas (English). 2008; 41(1):99-120. PubMed PMID: 32109189.

145. Zúñiga F. Derechos económicos, sociales y culturales: apuntes acerca de la naturaleza y justiciabilidad de los derechos fundamentales. Pensamiento constitucional, 2007; 13 (13): 329-356.