

Legislación en Salud y Sistema de Seguridad Social

Autor: Javier Gorgonio Garzón Romero



Legislación en Salud y Sistema de Seguridad Social / Javier Gorgonio Garzón/
Bogotá D.C., Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-5460-52-2

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
© 2017, JAVIER GORGONIO GARZÓN ROMERO

Edición:

Fondo editorial Areandino
Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228
E-mail: publicaciones@areandina.edu.co
<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Dirección editorial: Eduardo Mora Bejarano
Coordinación Editorial: Claudia Marcela Bermúdez S.
Corrección de estilo y diagramación: Dirección Nacional de Operaciones virtuales
Diseño y Composición electrónico: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Legislación en Salud y Sistema de Seguridad Social

Autor: Javier Gorgonio Garzón Romero





UNIDAD 1 Teoría del estado, origen, estructura y fundamento de las normas

Introducción	6
Mapa conceptual del módulo	8
Desarrollo temático	9

UNIDAD 2 Fundamentos constitucionales del derecho a la salud

Introducción	30
Metodología	31
Desarrollo temático	32

UNIDAD 3 Conformación de sistema general de seguridad social

Introducción	49
Metodología	50
Desarrollo temático	52

UNIDAD 4 Contexto legislativo aplicado

Metodología	75
Desarrollo temático	76
Referencias	96

Bibliografía	99
--------------	----



Teoría del estado, origen, estructura y fundamento de las normas



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Introducción

El propósito del presente módulo es hacer un estudio de la teoría del estado, el origen, estructura y fundamentos de las normas, así mismo se identificarán los fundamentos constitucionales del derecho a la salud, los mecanismos constitucionales de protección del derecho a la salud y los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre la protección y alcances del derecho a la salud, los principios del sistema de salud y las normas que regulan el sistema de salud. Sin dejar a un lado el Sistema de Seguridad Social Integral instaurado con la Ley 100 de 1993, conociendo el sistema de seguridad social en pensiones, con las respectivas prestaciones económicas y asistenciales que reconoce cada sistema.

Al tratarse el presente módulo del estudio jurídico de un área de conocimiento se recomienda a los estudiantes realizar una lectura previa del glosario por cuanto hay encontrarán algunos términos jurídicos que no entiendan, de igual manera verificar y entender los términos taxativos que el Sistema de Seguridad Social Integral esgrime respecto de los requisitos para reconocer y pagar las prestaciones económicas y asistenciales a los beneficiarios de la seguridad social.

Si bien es cierto en algún momento las lecturas se tornaran pesadas por la terminología, a través del desarrollo del módulo encontrarán un proceso metodológico de aprendizaje del Sistema de Seguridad Social Integral y del sistema de Seguridad Social en Salud, en el cual terminaran entendiendo para que lo puedan aplicarlo en su vida profesional, ejerciendo su profesión con un nivel académico superior mejorando los procedimientos y procesos en su entorno laboral.

Recomendaciones metodológicas

Para una mejor comprensión y desarrollo de la presente cartilla se recomienda a los estudiantes:

- Leer el contenido de la cartilla con apoyo del glosario para entender los términos jurídicos que no sean de su conocimiento.
- Para lograr una mayor comprensión de los contenidos temáticos de la cartilla se deben apoyar en las lecturas complementarias en el siguiente orden:

Semana 3:

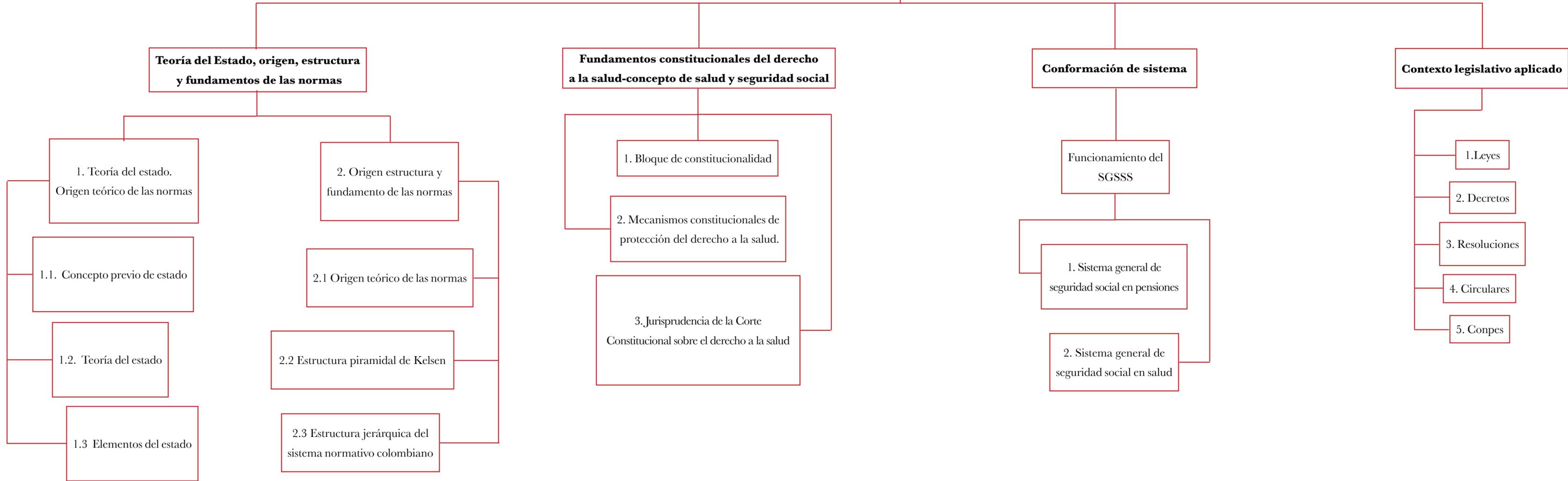
- **Lectura 1:** *El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana.*
- **Lectura 2:** *Derechos humanos, justicia global y salud pública.*
- **Lectura 3:** *La salud como derecho en Colombia. 1999-2007.*
- **Lectura 4:** Sentencia T – 454 del 2008.
- **Lectura 5:** Sentencia T – 062 del 2006.
- **Lectura 6:** Sentencia T – 195 del 2011.
- **Semana No 7:** Sentencia T – 1180 del 2008.
- **Semana No 8:** Sentencia C – 756 del 2008.

Semana 4:

- **Lectura 1:** *Los Derechos Humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: más allá del derecho a la salud.*
- **Lectura 2:** *La acción de tutela: un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud.*
- Se recomienda que el estudiante utilice y comprenda el videoresumen el cual resume uno de los temas más importante vistos en la unidad, el cual se encuentra en la semana 4.
- Para el desarrollo del taller los estudiantes deben realizar la lectura de por lo menos tres de las cinco sentencias de acción de tutela, (T – 195 de 2011, T - 454 de 2008, T – 1180 de 2008 y T 062 de 2006). Efectuada la lectura, los estudiantes deben contestar las preguntas del taller. El taller se desarrollara en la semana 3.

Mapa conceptual del módulo

Legislación en salud y sistema general de seguridad social



Desarrollo temático

Teoría del estado, origen, estructura y fundamento de las normas.

Teoría del Estado

Conceptos previos de Estado

El Estado Social de Derecho que hoy conocemos en nuestro país, garantiza unos derechos fundamentales (Derecho de Primera Generación) y protege unos derechos económicos sociales y culturales (Derechos de Segunda Generación), es el resultado de la evolución de los hombres a la mano de los inventos, descubrimientos, división del trabajo, esclavitud y busca de la protección de sus derechos naturales.

Es equivocado pensar que el hombre y el Estado nacieron de la mano, por cuanto antes de existir. El hombre vivió por miles de años sin tener la necesidad de crear una entidad superior intangible que administrara, protegiera y regulara sus comportamientos, en esta época donde no había Estado se conoce como régimen de la comunidad primitiva. Alexandrov, Shebanov, Kalinichev, NevDani & Karev afirma que “El marxismo-leninismo enseña que el Estado y el derecho no han existido siempre, que hubo tiempos en que no había Estado” (p.38.). Para otros autores como Morgan (citado por Ramírez 2012), en su libro *La sociedad primitiva*, sos-

tiene que en el tiempo que no concurrió el Estado con el hombre, existieron unos periodos históricos llamados el salvajismo, la barbarie y la civilización.

Para F. Engels, en su obra, *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, se pueden determinar dos periodos en los cuales se dividió la comunidad primitiva, los cuales entraremos a analizar a continuación.

Comunidad primitiva

Primer periodo

a. Época de la manada primitiva.

Este periodo también llamado por F. Engels, Infancia del género humano, inicia con el hombre viviendo parcialmente en los árboles para protegerse de los animales salvajes, se alimentaban de la recolección de frutos y raíces, los instrumentos que utilizaban para la caza y trabajo eran de palo y piedras. Entre los principales avances de esta época se encuentra la formación del lenguaje – articulado, que permitió un mejor entendimiento y comunicación entre los humanos, así mismo descubrimiento y utilización del fuego, que ayudó al cambio de las herramientas y armas, como para la preparación de alimentos, ver de noche y mejorar las inclemencias del clima, “fue el fuego así obtenido (por frotamiento) lo que otorgó

al hombre por vez primera el imperio sobre una fuerza de la naturaleza, separándole con ello definitivamente del reino animal” (Alexandrov, Shebanov, Kalinichev, Nevdani & Karev, 1966, p.39). El régimen económico de este primer periodo, se sostenía a través de la colectividad, por cuanto los medios de producción, la vivienda, las armas para la caza y los alimentos que se conseguían se consideraban de propiedad colectiva. La comunidad primitiva se organizaban mediante grupos nómadas, en busca de comida y protección mutua, las manadas primitivas eran lideradas por un jefe, sin importar si era hombre o mujer, “por eso, el primer periodo de la historia primitiva, cuando culminó el proceso de la formación biológica del hombre mismo, se ha denominado convencionalmente, época de la manada primitiva”. (Alexandrov, Shebanov, Kalinichev, Nevdani & Karev, 1966, p.39).

b. Época del régimen gentilicio

En la transición de la época de la manada primitiva al régimen gentilicio, aparecieron nuevos inventos, como el arco y la flecha, que influyó en que la caza fuera la forma más común de conseguir alimento, “el arco y la flecha fueron para el estadio salvaje lo que la espada de hierro para la barbarie y el arma de fuego para la civilización: el arma decisiva” (Engels, 2005, p.30). Se inició la pesca, también como una forma de obtener alimento en gran escala.

Un gran avance en la época del régimen gentilicio fue la división del trabajo según el sexo y la edad, en donde los hombres fabricaban los instrumentos para cazar y pescar y de igual manera se dedicaban a la caza y la pesca, las mujeres y los niños, se dedicaban a las labores domésticas tales como recoger frutos y cereales a preparar ropa y utensilios domésticos.

El orden social de régimen gentilicio se caracterizó por la relación personal del parentesco, el cual

agrupaba en un grupo la familia para la ayuda mutua y la productividad colectiva, la dirección del régimen gentilicio inicio con el matriarcado, con la domesticación de los animales y como consecuencia de ello el pastoreo, la agricultura, la fundición de los metales, la fabricación de instrumentos de trabajo y de armas, trabajos que realizaba el hombre, terminando con esto el matriarcado y dando inicio a que el parentesco se estableciera por línea paterna, siendo el hombre la cabeza de la familia. A partir de este momento la dirección de la gens correspondía a un jefe, el cual era elegido por todos los miembros de la gens (hombre y mujeres), esta jefatura no era hereditaria y podía ser terminada por voluntad de la misma gens. Al encontrarse la gens en guerra era nombrado un jefe militar el cual se encargaba de liderar la comunidad para la guerra, y su mandato duraba solo el periodo en que se encontraban en guerra.

En la época del régimen gentilicio, no existían normas, no existía mecanismo alguno que coaccionara a los miembros de la gens a cumplir lo ordenado por el patriarca, el jefe de la gens era obedecido, por su sabiduría, valor en la lucha y habilidad en la caza, todo los miembros de la gens gozaban de los mismos derechos.

La vida y el trabajo conjuntos exigían de los hombres un orden determinado en sus relaciones, en las cuales habían de seguir ciertas reglas de conducta. Estas reglas eran las costumbres, cuya observación no exigía un aparato coercitivo especial, sino que se basaba en la fuerza de las costumbres, en la autoridad de las viejas generaciones, en las concepciones morales y religiosas (Alexandrov, Shebanov, Kalinichev, Nevdani & Karev, 1966, p.40).

Segundo periodo

Terminación de la comunidad primitiva

a. Primera división social del trabajo

La primera división social del trabajo consistió en la separación de las tribus pastoras de la masa total de las tribus primitivas. “las tribus pastoriles – señala F. Engels- no solo produjeron mucho más que el resto de los bárbaros, sino también otros víveres”(Marx & Engels, 1980).

Entre los factores que influyeron en la primera división social del trabajo, se tiene la ganadería con la cría de animales domesticados, que producía más que la agricultura y la pesca. En segundo lugar encontramos la utilización del cobre en aleación con el estaño (bronce) utilizado para la fabricación de herramientas de trabajo y armas. En tercer lugar el invento del telar y el desarrollo de la alfarería.

Estos desarrollos e inventos influyeron en el comportamiento de la gens, por cuanto cada familia que conformaba la gens comenzaron a tener una autonomía, al poder criar y tener ganado, cultivar el campo, realizar alfarería y tejer, la familia liderada por el hombre realiza un trabajo emancipado sin depender de la propiedad comunal y así cada familia comienza a tener una economía independiente. “En la gens aparece la llamada familia patriarcal, o grupo económico formado por varias generaciones de descendientes de un mismo padre, junto con sus mujeres e hijos y otros parientes incorporados a la familia”(Alexandrov, Shebanov, Kalinichev, NevDani & Karev, 1966).

Cada familia inicio una producción de elementos derivados de la ganadería, de la agricultura del telar y la orfebrería, tales como, leche, carne, cuero, lana, frutas, cereales, herramientas

de trabajo, armas, ropas, objetos domésticos y objetos artesanos, las familias se especializaron en la elaboración y producción de ciertos productos y materias primas, que se les facilitaba por el clima la zona en donde se encontraban y los medios de producción que manejaban, por lo tanto no todas las familias producían lo mismo elementos.

Como consecuencia de ello es necesario el intercambio de productos y materia primas, en un principio entre las familias de las gens para más adelante desarrollarse un intercambio individual. Al avanzar la ganadería y la agricultura las familias comenzaron a producir más de lo que necesitaban para sobrevivir, con el fin de intercambiar con otras familias, tribus o personas.

Como consecuencia de la mayor producción para el intercambio el hombre se da cuenta que la producción de los elementos deja un sobrante del intercambio, por cuanto la producción genera menos costos para mantener al trabajador que lo ha fabricado al compararlo con el valor que se da en el intercambio, así se hace posible la explotación del hombre por el hombre. “De la primera gran división social del trabajo – señala F, Engels-nació la primera gran escisión de la sociedad en dos clases: señores y esclavos, explotadores y explotados” (Marx & Engels, 1980).

b. Segunda división social del trabajo

La segunda división social del trabajo consistió; en que los oficios se separaban de la agricultura, los factores que generaron la segunda gran división social del trabajo fue el descubrimiento del hierro para la creación de armas e instrumentos de producción más perfectos y eficientes, como lo fue el riego en grandes extensiones de tierra. Con la separación de la agricultura de los oficios surge la producción mercantil, en vista que gru-

pos de personas y familias se dedicaron exclusivamente a la producción de mercancías tales como armas y utensilios domésticos para venderlas en el mercado. De igual manera aparece la moneda metálica para facilitar la venta de los objetos, donde el valor era tomado por el peso de las monedas. Nace la propiedad privada y la familia es la unidad económica de la sociedad, surgen las ciudades en las cuales se concentra la industria y el comercio.

Los esclavos se convirtieron en la base del sistema social y en el impulso de la producción de las mercancías, esto generó que las guerras se iniciaran por la pretensión de apoderarse de personas para esclavizarlas y así aumentar su fuerza de producción, acrecentando la división, de hombres libres y esclavos, y acentuando la diferencia entre ricos y pobres.

Con el aumento de las guerras entre las gens aparece una nueva forma de democracia que es la llamada democracia militar, en donde todos los hombres con edad suficiente para la guerra conforman una asamblea popular. Así mismo se resalta entre los jefes de las gens unos grupos integrados por los caudillos sacerdotes y auxiliares, que gracias a su posición se apropiaban de las mejores tierras, tenía la mejor ganadería, gran cantidad de esclavos y que quedaban con los trofeos de las guerras, lo cual les daba mayor poder y superioridad económica que los otros miembros de la gens.

c. Tercera división social del trabajo.

La tercera división social del trabajo se radicó en la aparición de los mercaderes, como los intermediarios entre los productores y los compradores de las mercancías. Surge la moneda con valores, y como consecuencia de ello los prestamos las deudas y la usura, hasta llegar al límite de esclavizar a los deudores y sus familias. Con ello se acentúan las clases sociales, la concentración de

la riqueza, la tierra, el ganado y los esclavos, pertenecían a una la clase privilegiada, la aristocracia.

A medida que pasa el tiempo las familias, la gens, las tribus, los ciudadanos libres, los extranjeros, los esclavos, se fueron mezclando en las ciudades para integrar grupos de agricultores, comerciantes, mercaderes, prestamistas, pescadores, tejedores, orfebres, como consecuencia de la división del trabajo, estos grupos tenían nuevas expectativas, ya no en concordancia con el régimen gentilicio lo cual demandó la aparición de nuevos organismos que regularan estas relaciones.

El régimen de la gens, fruto de una sociedad que no conocía antagonismos interiores, no era adecuado sino para una sociedad de esta clase. No tenía más medios coercitivos que la opinión pública. Pero acabó de surgir una sociedad que, en virtud de las condiciones económicas generales de sus existencia, había tenido que dividirse en hombres libres y esclavos, en explotadores ricos y en explotados pobres; una sociedad que no solo no podía conciliar estos antagonismos, si no que por el contrario, se veía obligada a llevarlos a sus límites extremos... el régimen gentilicio era ya algo caduco. Fue destruido por la división del trabajo, que dividió la sociedad en clases, y fue reemplazada por el estado. (Marx & Engels, 1980, p.287)

Así las cosas con la división de las clases sociales que demandaron una nueva forma de organización, término con el régimen gentilicio y dio inicio al Estado.

Teoría del Estado

Para Lenin el Estado nace. Lenin 1993-1994.

Cuando surge un grupo especial de individuos que se ocupa únicamente de dirigir y que para ejercer la dirección necesita de un aparato especial de coerción, destinada a someter la voluntad ajena por la violencia - cárceles, destacamentos, especiales de individuos, ejercito, etc. entonces es cuando aparece el Estado.(p.437).

Podríamos hablar de que esta es una teoría del nacimiento del Estado, desde el mismo principio del Estado y durante toda su evolución han existido grandes teóricos que le han estudiado la teoría del Estado.

La etimología de la expresión teoría proviene del griego *oewpelv* (*theorein*), que significa, contemplar, observar, mirar y ver.

Podemos decir que la teoría es lo que tiene de irreductible, el modo autónomo (ni filósofo, ni científico) de ver el Estado en su propia, autonomía, es decir, la teoría del Estado pertenece tanto a los ámbitos de la filosofía como a los de la ciencia” (Cruz, Ochoa & Robles, 2007).

En conclusión la teoría del Estado es la forma como diferentes autores contemplan, observan, opinan y critican el Estado.

Para Platón, el Estado nace de la necesidad del hombre, por cuanto cada hombre tiene una función que desempeñar en el Estado, como consecuencia de ello la sociedad se divide en tres grupos; los artesanos basados por el deseo, los guerreros basados en la valentía y los gobernantes basados en la razón. El gobernante del estado para Platón debe ser inteligente, prudente y virtuoso; Platón plantea que las leyes deben

ser superiores al hombre y que estas deben ser la consecuencia voluble del gobernante, que las leyes deben ser creadas con sabiduría por cuanto al carecer de ella se estaría desobedeciendo el carácter divino de la ley.

Para Aristóteles su teoría del Estado se basó en una postura ética, planteando que la ciudad estaba antes que los hombres, la cual está constituida por una pluralidad de hombres que ostentan diferentes condiciones, en donde el ciudadano es aquella persona que tiene la calidad de participar en el poder deliberativo y judicial de la ciudad, distinguiéndose entre gobernante y gobernado.

Cicerón hace un gran aporte a la teoría del Estado al hablar sobre el derecho y la justicia en el Estado donde entiende la ley bajo el derecho natural que el hombre debe cumplir por su propia naturaleza y así vivir en sociedad.

Para Santo Tomas de Aquino la familia es el eje fundamental de la formación del hombre, la familia es la que permite la satisfacción de las necesidades y en el Estado nace de la unión de las diferentes familias para mantener el bien común de las personas que integran las familias, la función del Estado para este autor es lograr impartir justicia a través del acuerdo de los diversos intereses de los individuos utilizando el derecho como el elemento que imparta la justicia y la ley como esa herramienta del derecho que busca el bien común del pueblo, Santo Tomas “la forma de gobierno más adecuada es la que está en cabeza de un solo hombre, el monarca”.

Para Bodio igual que Santo Tomas, la base del Estado es la familia, el Estado nace de la unión de familias patriarcales, Bodio introduce el concepto de soberanía, como la facultad absoluta y eterna del Estado, si la soberanía esta en cabeza de un solo hombre será un Estado monárquico, si la soberanía se comparte con el pueblo será

un Estado popular y si la soberanía esta en cabeza de pocos será un Estado aristocrático. La mejor forma de gobierno para Bodio es el Estado monárquico, ya que el monarca es la representación de Dios en la tierra y es Dios quien pone al monarca a liderar el Estado.

Para John Locke el Estado no nace del poder divino de un Dios, sino de la necesidad que exista un medio para proteger los derechos en virtud de la ley natural de los hombres, por cuanto si no existiese el Estado los hombres vivieran en anarquía atacando sus derechos naturales de libertad vida y propiedad entre unos y otros, John Locke, habla por primera vez de la división de los poderes en un Estado, el legislativo, el ejecutivo y el federativo, considerando al legislativo como el poder superior por cuanto es el encargado de crear las leyes.

Para Charles Luis de Montesquieu, en su obra el espíritu de las leyes propone la existencia de un Estado, donde haya la división de poderes, el poder legislativo expresa la voluntad del Estado, el poder ejecutivo, ejecuta la voluntad del Estado, el poder judicial aplica las norma y limita los otros poderes. Montesquieu manifiesta, que en caso, que el poder legislativo y el ejecutivo se encuentren en una misma cuerpo no hay libertad, las leyes son tiránicas y el ejecutivo sería un opresor.

Elementos del Estado

El Estado para su funcionamiento y fines está integrado por unos elementos constitutivos los cuales contribuyen a formar su esencia, los elementos más representativos del Estado son el pueblo, el territorio y la soberanía.

a. El pueblo: es entendido como el conjunto de personas agrupadas en un territorio caracterizadas por unas similitudes religiosas,

étnico, culturales. El pueblo es un elemento esencial para la existencia del Estado.

Podemos decir que la palabra pueblo se refiere al conjunto de la población establecida en un determinado territorio, denominados también ciudadanos y que intervienen en los asuntos políticos del gobierno y del Estado, en cuyo beneficio se garantizan, establecen y reconocen determinado derechos y obligaciones. (Cruz, Ochoa & Robles, 2007).

- b.** El territorio: es el espacio, el suelo, la superficie de terreno en el cual se encuentra el pueblo, que lo toma como un territorio propio, imponiendo un orden jurídico. El territorio está limitado por las fronteras con otros estados y en cada territorio las normas de cada Estado tiene validez, por lo tanto quien se encuentre en el territorio perteneciente a un Estado debe someterse al normas que rijan en él. El territorio se encuentra constituido por el suelo, subsuelo, mar territorial, espacio aéreo, plataforma submarina
- c.** La soberanía: se entiende como la facultad que tiene el Estado para crear y hacer cumplir las normas a los ciudadanos que se encuentren en su territorio. Por lo tanto las normas que deben cumplir los ciudadanos son instituidas por el poder legislativo representado por unos pocos ciudadanos elegidos para crear las normas que el Estado debe hacer cumplir en ejercicio de su poder soberano, cuando el Estado ejerce el poder sobre su territorio propio y su propia población se denomina soberanía interna y cuando el Estado reconoce a otros estados y la comunidad internacional se entiende que existe una soberanía externa.

Origen, estructura y fundamento de las normas

Así como un arquitecto, antes de construir un edificio, observa y profundiza el suelo para ver si puede sostener su peso, así también un legislador sabio no empieza por redactar leyes buenas en sí mismas si no que examina antes si el pueblo al cual las destina está en el caso de soportarlas.

Jean-Jacques Rousseau

Origen teórico de las normas

Antes de empezar a hablar del origen teórico de las normas tenemos que estudiar el concepto de derecho, entendido como el conjunto de normas sustanciales y procedimentales que se encuentran sistemáticamente jerarquizadas, para Hans Kelsen el derecho es un ordenamiento normativo del comportamiento humano.

El Estado social de derecho que hoy nos caracteriza y las normas han sido un elemento fundamental en la regulación del comportamiento de la sociedad, pero estas normas tienen unos orígenes teóricos los cuales han aportado a que los preceptos legales sean legítimos, válidos, eficaces y respondan a las expectativas de los ciudadanos.

A continuación vamos a encontrar unos cuantos autores que se ocuparon establecer el origen teórico de las normas, y así poder comprender el objeto de las normas.

Para Jean Jacques Rousseau en su obra “El Contrato Social o Principios del Poder Político”, las normas nacen de la voluntad de los asociados y hacen parte del poder de regulación del soberano sobre los ciudadanos que aceptaron el contrato social ya que el afirma que los hombres nacen libres en el estado de la naturaleza encontrándose en un Estado primitivo que se prestaba para un

desorden social en el cual el más fuerte transforma su fuerza en derecho y la obediencia en deber, es de allí que surge el derecho del más fuerte, pero este derecho desaparece cuando la fuerza cesa y no se obedece por deber si no por fuerza. Este derecho rigió en las primeras sociedades de nuestra historia a través de la invasión de nuevas tierras por los imperios más poderosos, en donde el más fuerte sometía al pueblo enemigo a la destrucción, avocándose el derecho de matar al enemigo siempre y cuando éste mantuviera las armas en contra del ejército invasor en cuanto no fuera así se respetaba el derecho a la vida pero se quitaba el derecho a la libertad convirtiendo a estos pueblos en esclavos. Para este autor el derecho del esclavo no es válido, es ilegítimo y no significa nada. Un gobierno impuesto por el derecho al más fuerte estará siempre separado de los ciudadanos debido a que su interés es privado y al morir el monarca su imperio quedara esparcido y sin unión, ya que la fuerza no constituye derecho. Al perder los hombres su Estado de libertad por el derecho del más fuerte, pone en peligro su conservación, no podrán subsistir en el estado primitivo, para lo cual deben unir sus fuerzas con la libertad de cada persona para lograr su conservación, con esta unión de fuerzas y libertades para llegar a una agrupación que este en pro de los intereses generales, que proteja los derechos de los integrantes, en palabras de Jean Jacques Rousseau, (2009).

Hallar una forma de asociación que defienda y proteja la persona y los bienes de cada asociado con todas las fuerzas de la comunidad y por lo cual cada uno uniéndose a todos, no obedezca sino a sí mismo y quede por lo tanto en la misma libertad de antes.

Para Jean Jacques Rousseau esta forma de asociación la encontramos resuelta en el contrato social, en el cual las cláusulas del mismo protegen los derechos de los ciudadanos, pero estas cláusulas se puede reducir a una sola a saber “la alineación o enajenación total de cada asociado, con todos sus derechos a toda la comunidad; porque, dándose cada uno todo entero, la condición es igual para todos; ninguno tiene interés en hacérsela onerosa a los demás” (Rousseau, 2007), es así que cada asociado debe entregar la totalidad de sus derechos a toda la comunidad, para que todos estén en igualdad de condiciones, y así la misma asociación se encargue de regular el comportamiento de los asociados, porque al existir algún ciudadano con derechos que no cedieron, no tendrá la autoridad en controlar ese derecho pretendiendo ser su propio juez para después terminar siendo el de todos, convirtiendo la asociación en palabras de J. Rousseau, vana o tiránica (Rousseau).

Al establecerse la existencia de ordenamiento civil con un cuerpo político a través del contrato social, con las normas se le agrega el movimiento y la voluntad por el legislador (Rousseau), es así que para nuestro autor las leyes son necesarias para unir los derechos a los deberes y para que la justicia cumpla sus objeto, en el contrato social todas los derechos están fijados por la ley.

La norma en el contrato social es la voluntad general, por lo tanto esta ley no debe ser injusta ya que no podríamos ser injustos con nosotros mismos, es así que un comportamiento por mutuo propio de una persona no es una ley, ni la orden de un soberano sobre un objeto particular tampoco es una ley, para J. Rousseau, es un decreto un acto de la magistratura (Rousseau), no un acto soberano, toda vez que el acto soberano nace de la voluntad de la sociedad civil y esta voluntad de los ciudadanos se expresa

en la ley, creada por los mismos ciudadanos al ceder todos sus derechos a la asociación civil la cual pone sus condiciones mediante las normas, por lo cual el “el pueblo sumido a las leyes debe se le autor de ellas. No pertenecen sino a los que se asocian el reglar las condiciones de la sociedad” (Rousseau 2007).

El sistema legislativo de la asociación debe cumplir dos objetivos “libertad e igualdad: la libertad porque toda independencia particular es otra fuerza quitada el cuerpo del estado: y la igualdad por que la libertad no puede subsistir sin ella.” (Rousseau), de igual forma las leyes se dividen según las relaciones, las leyes que tratan sobre el soberano con el Estado son leyes políticas o leyes fundamentales, las normas que regulan los comportamientos de los miembros entre sí, cuidando sus libertades, son las leyes civiles, cuando los ciudadanos desobedezcan una ley hay lugar a imponer una pena, son las llamadas leyes criminales, y por último la norma más importante para J. Rousseau, que no está escrita como dice el, sobre el mármol, ni sobre le bronce, sino en el corazón de los ciudadanos (Rousseau) son las costumbres que los ciudadanos mantienen latentes por el habito de la autoridad y así una norma no sea legítima o ya no se aplique se mantiene su esencia y los ciudadanos la cumplen por el hecho de la costumbre.

Para Hans Kelsen, en su obra teoría pura del derecho, al referirse a la norma, la estudia como esquema de explicitación conceptual, al tomar un acontecimiento externo (entendido como un comportamiento de una persona), el fin es determinar si este acto externo es un acto conforme a derecho o contrario a derecho, la explicitación conceptual se encuentra en la norma, por cuanto la norma funciona como un esquema de explicitación, en palabras de Kelsen (2009), “ El enunciado de que un acto de conducta humana situado en el tiempo y

el espacio es un acto de derecho (o un acto contrario a derecho) es el resultado de una explicitación especificada, a saber, una explicitación normativa” (Kelsen, 2003, p 17), es así que quien determina si la conducta humana es un acto de derecho o no es la misma norma. Kelsen señala que la norma estipula como una persona debe comportarse, por lo tanto la norma es un “deber”, y el término deber, se comprende de estar permitido y estar facultado, ya que la norma no solo puede mandar sino también, permitir y autorizarlo, en este sentido es que se encuentra la diferencia entre ser y deber, mientras deber es la norma que intencionalmente dirige el comportamiento de una persona, el ser es un acto de voluntad de la persona.

Según Aftalión, Villanova, & Raffo (2004), afirman que “Kelsen señala que las normas tiene un carácter hipotético, es decir que la aplicación de una sanción esta siempre condicionada a que ocurra un hecho determinado que recibe el nombre de “transgresión”. Para estos autores Kelsen hace una doble purificación del derecho, la primera es diferenciar el derecho de las ciencias naturales, la sociología y otras ciencias, toda vez que estas ciencias tienen en cuenta el ámbito de la causalidad, la segunda purificación del derecho es separarlo de otros ordenes normativos como la moral y la religión. Las normas morales dirigen comportamientos de “se debe ser” fiel, honesto, entre otros, con una sanción a las personas que no cumplan estos comportamiento morales y religiosos en otro mundo u otra vida, en sentido contrario las normas dirigen comportamiento de “deber” con sanciones que si se aplican en este mundo y que las mismas normas especifican.

“La teología cristiana, por ejemplo, prevé que quien robe o mate o no cumpla los manda-

mientos, no va alcanzar el paraíso y será castigado en los infiernos, en cambio el derecho prevé para el homicida de ocho a veinticinco años de cárcel” (Aftalión, Villanova, & Raffo, 2004). En esta misma obra introducción al derecho estos autores argumentan que Kelsen determina que la norma está integrada por los conceptos jurídicos de, la sanción, la transgresión, responsable y el deber jurídico. La sanción; entendida como la aplicación de la norma mediante el poder coercitivo del Estado con la privación de un derecho o bien, como la libertad la vida, la propiedad. La transgresión, como el hecho que genera la aplicación del poder coactivo y antecede a la sanción. Responsable, es la persona que genera la transgresión y como consecuencia se le aplica la sanción, pueden existir responsabilidad por el hecho propio cuando se le aplica la sanción a la misma persona que realizó la transgresión y responsabilidad por hecho de otro cuando no es a la misma persona quien realiza la transgresión y se le aplica la sanción. El Deber jurídico, es lo opuesto a la transgresión, es el Estado social deseable que quiere la norma en un ordenamiento jurídico establecido por el legislador a través de la norma (Aftalión, Villanova & Raffo).

Pero las normas no solo regulan comportamientos, tienen que cumplir los fines para los que fueron creadas, es de allí que para Kelsen una norma es válida no solo por el hecho de su existencia si no también cuando el comportamiento humano que la norma regula se le adecua en los hechos, por lo tanto si una norma no es cumplida, no es obedecida es una norma jurídicamente no valida en una sociedad al no lograr la eficacia, ya que la eficacia es condición de validez de la norma, siendo entendida la eficacia como el acatamiento de la norma por parte de los sujetos sometidos al orden

jurídico, lo que busca la eficacia es el acatamiento de la norma por el hecho de evitar la sanción que impone la norma, en este sentido una validez ideal de la norma es su no aplicación por parte de los jueces y tribunales como consecuencia del acatamiento de la norma por parte de la sociedad, es el caso de las normas que sancionan un delito con una pena el hecho de no someterse una sanción por cometer el delito, los integrantes del orden jurídico acatan la norma logrando su eficacia. En conclusión para Kelsen (2003) el concepto de norma “es el sentido de un acto con el cual se ordena o permite y, en especial, se autoriza, un comportamiento”.

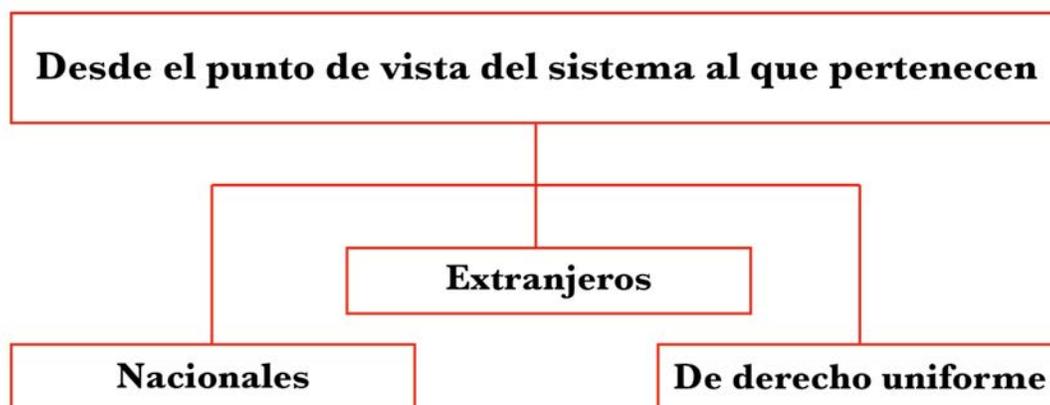
El tratadista Colombiano Marco Gerardo Monroy Cabra, en su obra “Introducción al derecho” también se ocupa de hacer un estudio del origen teórico de la norma, tomando la norma como juicios del ser y como juicios del deber ser. Juicios del ser, entre los juicios del ser encontramos las leyes naturales que expresan relaciones constantes entre fenómenos que constan de un supuesto y una consecuencia jurídica, unidos por la causalidad del resultado del hecho, los juicios del ser son enunciativos, afirman cosas, que suceden por las leyes naturales. Los juicios del deber ser; son los que enuncian algo que debe ser, debió ser o deberá ser, en los juicios del deber ser se encuentran las normas jurídicas toda vez que las normas dan un antecedente y señala una consecuencia como algo que debe ser, según Monroy Cabra (2006) “la función de la norma jurídica es regular la conducta humana, y por esto los juicios se denominan normativos,

y atribuir consecuencias a condiciones, y por esto son atributivos o imputativos.” Monroy Cabra hace una diferenciación entre leyes naturales y normas jurídicas, entendiendo las leyes naturales como los juicios enunciativos que explican los hechos de la naturaleza, con las siguientes características, 1. Las leyes naturales establecen relaciones de causalidad, por cuanto parten de un hecho que generara consecuencias que no se podrán variar y que habrán de suceder. 2. Se refieren siempre a lo que es y no a lo que debe ser. 3. Enuncian relaciones constantes y necesarias entre fenómenos naturales. 4. Las leyes naturales son válidas cuando son verdaderas. Al contrario *sensum*, las normas jurídicas determinan comportamiento del deber ser entre un hecho previo (como una conducta dada) y un hecho que puede ocurrir como consecuencia del incumplimiento de la norma, según Monroy (2006).

“Las normas no enuncian lo que ha sucedido, sucede o sucederá, si no lo que deber ser observado o cumplido. Como la norma prescribe lo que debe ser, de su esencia que puede ser violado. Esto porque las personas cuya conducta rigen las normas como seres humano dotados de libre albedrío, son capaces de violarlas. Las normas orienta la conducta humana hacia la realización de valores jurídicos”.

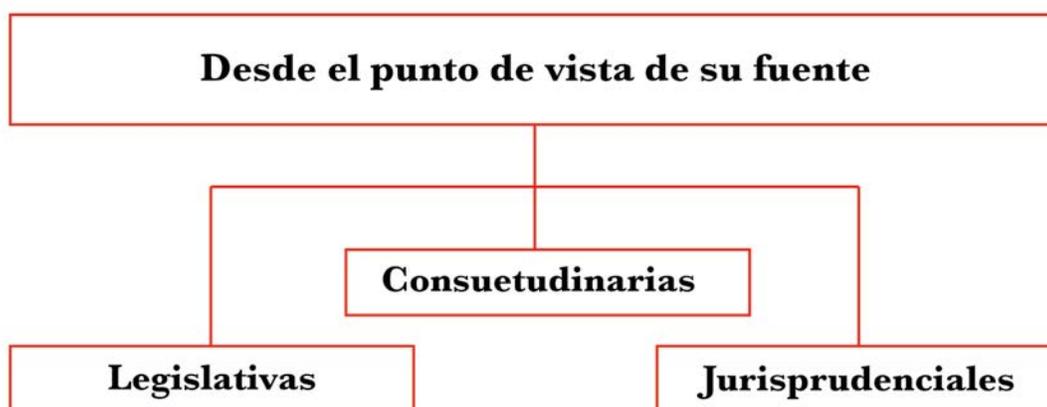
Por ultimo analizaremos al tratadista Eduardo García Máynez, quien hace un gran aporte al estudio teórico de las normas con su clasificación de las normas jurídicas, la cual es la clasificación más completa que se ha realizado, por cuanto integra todos los elementos conceptuales que pueden tener una norma, esta clasificación es:

1. Desde el punto de vista del sistema al que pertenecen:



Toda norma pertenece a un sistema jurídico, en el cual las normas se encuentran en un orden jerárquico subordinados por una norma superior, en el caso colombiano por la Constitución Política de 1991. Las normas pueden ser nacionales extranjeras y de derecho uniforme. Entendido el derecho uniforme cuando dos estados acogen mediante un tratado una norma común para regular ciertas situaciones jurídicas.

2. Desde el punto de vista de su fuente



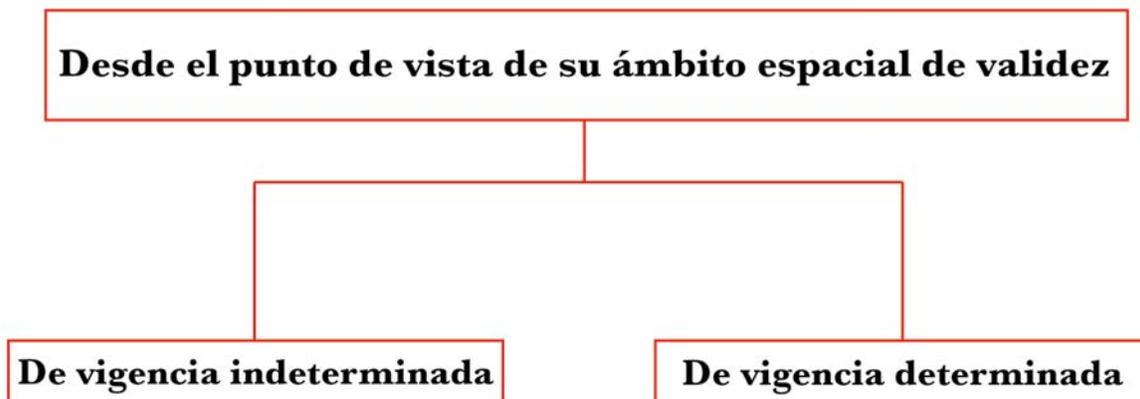
Son las normas creadas por los órganos que tengan poder legislativo, que tienen su fuente en la costumbre, al repetir constantemente un comportamiento con la conciencia de su obligatoriedad, y en los pronunciamientos de los tribunales en la realización de sus actividades.

3. Desde el punto de vista de su ámbito espacial de validez



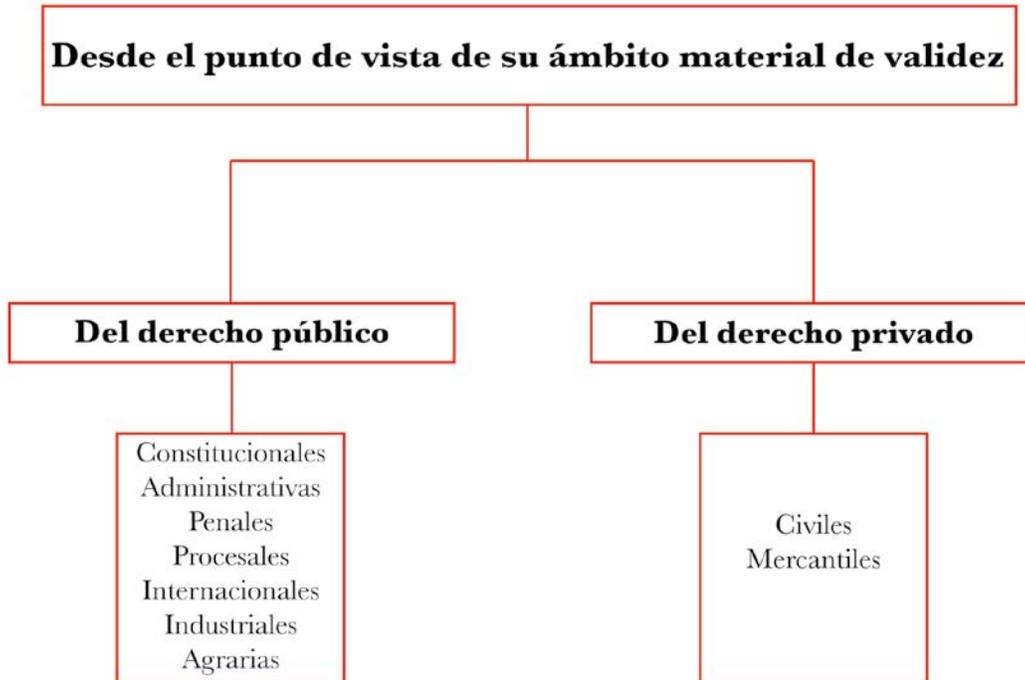
El primer punto de vista de validez de las normas para Kelsen es desde su ámbito espacial de validez, este hace referencia al espacio territorial en que una norma se aplica. En el sistema normativo Colombiano tenemos las normas generales como las leyes que se aplican en todo nuestro estado social de derecho como la Ley 100 de 1993, las locales como las ordenanzas que se aplican en los Departamentos y los acuerdos que su vigencia es en los Municipios.

4. Desde el punto de vista de su ámbito temporal de validez.



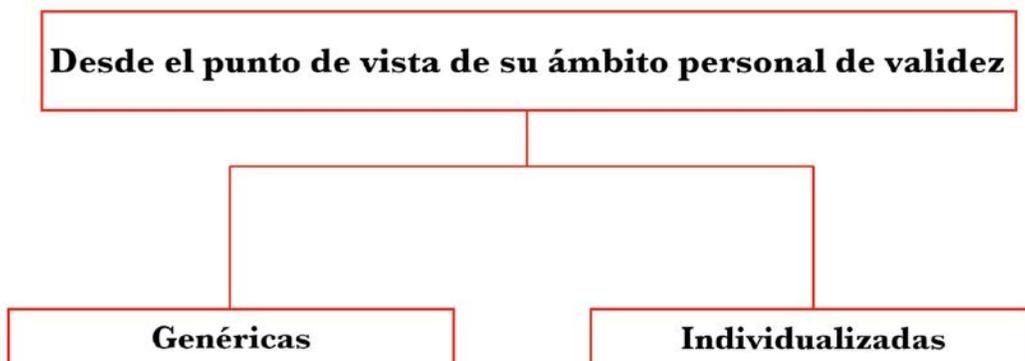
El segundo punto de vista de validez de las normas para Kelsen es desde su ámbito temporal de validez ya que acá encontramos las normas de vigencia indeterminada en donde la norma no estipula un plazo de vigencia lo que quiere decir que perduraren el tiempo hasta que sea derogada expresamente o tácitamente por otra norma, por lo contrario las normas de vigencia determina si se estipula en ellas el tiempo por el que van a permanecer vigentes en el sistema normativo, en el caso colombiano tenemos las normas que se expiden en conmutación interior y emergencia económica.

- Desde el punto de vista de su ámbito material de validez.



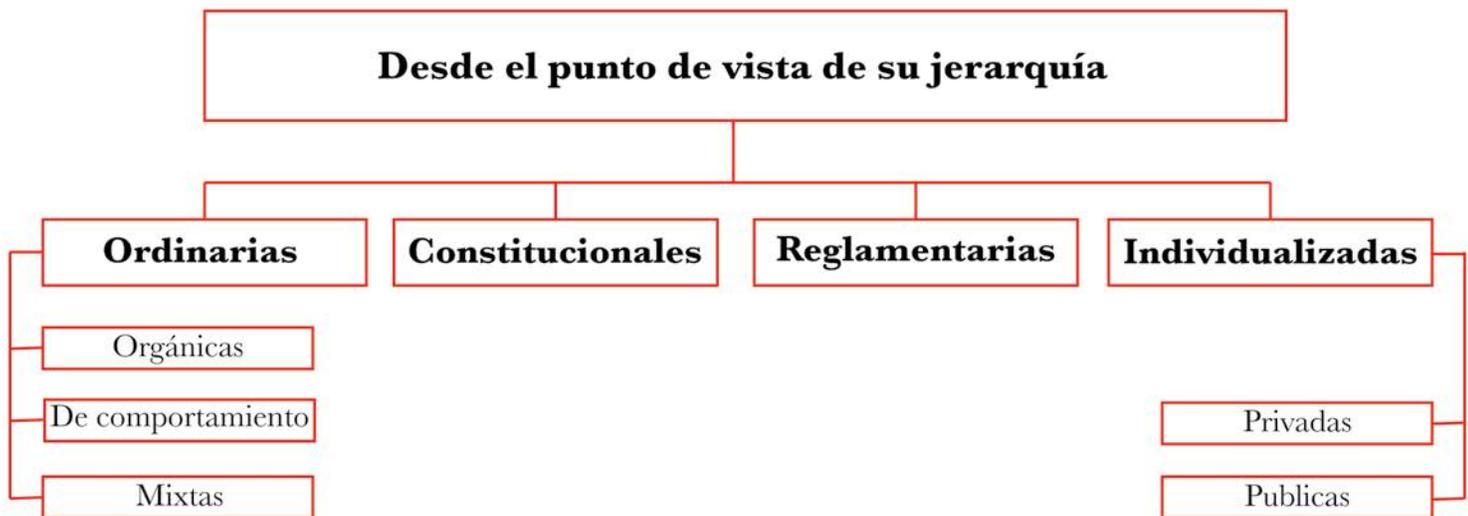
El tercer punto de vista de validez de las normas para Kelsen es desde su ámbito temporal de validez, este hace referencia a la clasificación de las normas según la materia regulan.

- Desde el punto de vista de su ámbito personal de validez.



El cuarto punto de vista de validez de las normas para Kelsen es desde su ámbito temporal de validez este tiene que ver con los sujetos a los que obligan o facultan las normas y se dividen en normas genéricas; son las que obligan o facultan a un número indefinido de personas dentro de un sistema normativo y las normas individuales que son las que obligan o facultan a uno o varios miembros de un mismo grupo individualmente determinados por la norma.

7. Desde el punto de vista de su jerarquía.



Las normas que pertenecen a un mismo sistema jurídico puede ser del mismo rango jerárquico o de diverso rango, cuando las normas pertenecen aun mismos rango jerárquico hay entre ellas una relación de coordinación y cuando son de diferente rango hay una relación de subordinación.

Cada sistema normativo tiene un orden jerárquico compuesto por:

- Normas constitucionales

Las normas constitucionales son de carácter general, las normas constitucionales ocupan el primer lugar dentro del orden jerárquico, las otras normas que siguen en este orden no pueden ir en contra de las normas constitucionales.

- Normas ordinarias

Las normas ordinarias son de carácter general, desarrollan la aplicación de los preceptos constitucionales. Las normas ordinarias se dividen en: de organización, que se ocupan de organizar los poderes públicos de acuerdo a la constitución, de comportamiento; que regula el comportamiento de los particulares y mixtas leyes que tiene que ver con la organización pero dirigidas a los particulares, entre estas podríamos encontrar las normas que regulan el Sistema de Seguridad Social Integral.

- Normas reglamentarias

Las normas reglamentarias son de ca-

rácter general, están condicionadas por las normas ordinarias.

- Normas individualizadas

Las normas individuales se refieren a situaciones jurídicas concretas y están condicionadas por normas de índole general.

8. Desde el punto de vista de sus sanciones.



Las normas se dividen en Leges Perfectae, Leges Plus Quam Perfectae, Leges Minus Quam Perfectae, y Leges Imperfectae esto es dependiendo de la sanción que imponga la norma ante el sujeto que la vulnera.

- Leges perfectae:

Son las normas que estipulan que la sanción es la inexistencia o nulidad de las actuaciones que vulneraron la norma.

- Leges Plus Quam Perfectae

Cuando la norma ha sido violada de modo irreparable por lo tanto la norma impone al infractor un castigo con una reparación pecuniaria. Como ejemplo tenemos las normas que castigan el homicidio.

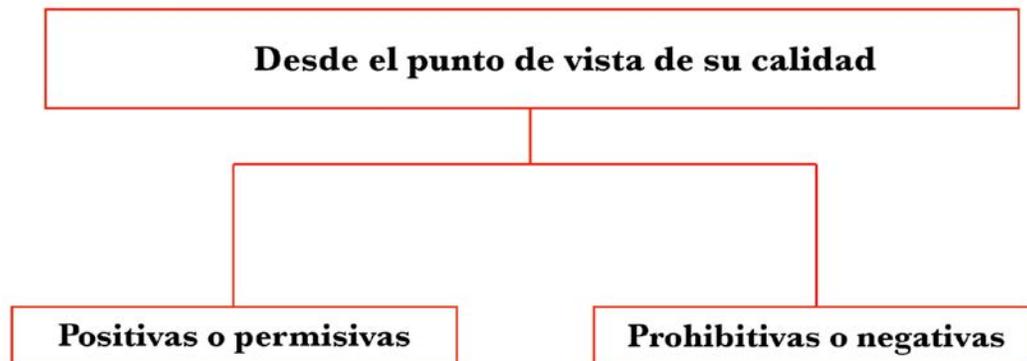
- Leges Minus Quam Perfectae

Son las normas que cuando son vulneradas no impiden que el acto de vulneración produzca efectos jurídicos, pero el sujeto que vulnera la norma se hace acreedor a un castigo.

- Leges Imperfectae

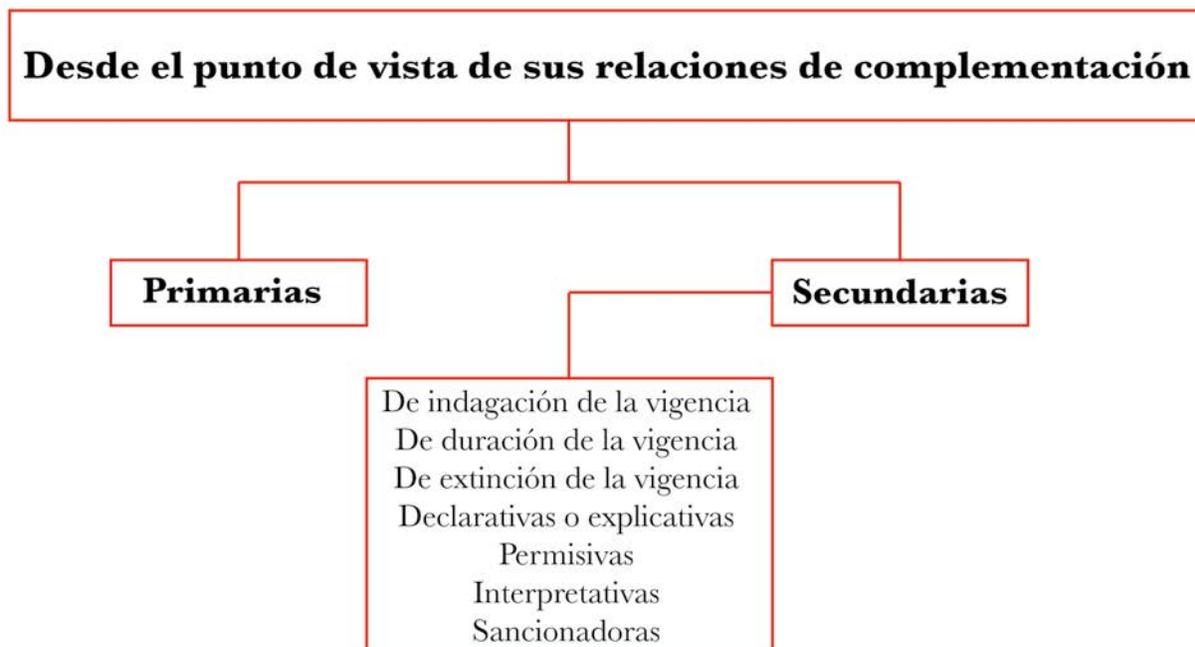
Son las normas que carecen de sanción, estas normas las encontramos en el derecho público en especial en el derecho internacional.

9. Desde el punto de vista de su cualidad:



Son las normas que permiten realizar conductas o que no permiten realizar conductas, en el caso en que permiten realizar conductas son positivas o permisivas y en el caso en que no permitan realizar conductas son prohibitivas o negativas.

10. Desde el punto de vista de sus relaciones de complementación.



Desde el punto de vista de sus relaciones de complementación, se dividen en normas primarias, son aquellas que tienen sentido por si solas sin depender de otra norma y cuando una norma complementa a otra norma se cataloga como secundaria, las cuales son:

- De iniciación de la vigencia.
Son las que indican desde cuando entra en regir la norma.
- De duración de la vigencia.
Son las normas que indican cual es la duración de la norma en el tiempo.
- De extinción de la vigencia
Son las normas que tienen la facultad de abolir o derogar otras normas.
- Declarativas o Explicativas
Son aquellas normas que explican o

define los términos utilizados en otros preceptos legales.

- Permisivas.
Son las normas que establecen excepciones respecto de otras normas.
- Interpretativas.
Son los preceptos legales que interpretan una norma primaria, esta interpretación la pueden hacer de igual manera el legislador en una nueva ley.
- Sancionadoras.
Son las normas más numerosas que se pueden encontrar en un sistema normativo, las cuales sancionan un comportamiento que va en contra de la norma.

11. Desde el punto de vista de sus relaciones con la voluntad de los particulares.

desde el punto de vista de sus relaciones con la voluntad de los particulares

Taxativas

Esta clasificación hace referencia a las normas que los particulares deben cumplir de manera inexorable, recibiendo el nombre de normas taxativas. También

Dispositivas

encontramos las normas dispositivas las cuales permiten que sean aplicadas o no según la voluntad de las partes.

Origen teórico de las normas

J.J. Rousseau

El sistema legislativo de la asociación debe cumplir con los objetivos “libertad e igualdad”.

Kelsen

El concepto de norma “es el sentido de un acto con el cual se ordena o permite y, en especial se autoriza, un comportamiento”. La norma está integrada por los conceptos jurídicos de, la sanción, la transgresión responsable y el deber jurídico.

Monroy Cabra

“La función de la norma jurídica es regular la conducta humana, y por esto los juicios se denominan normativos, y atribuir consecuencias a condiciones, y por esto son atributivos o imputativos”.

Estructura piramidal de Kelsen

Partiendo del hecho que para Hans Kelsen, el derecho debe estar enmarcado en el principio del deber ser y no del ser; y que las normas no se deben entender separadamente sino hacen parte de un ordenamiento jurídico toda vez que emanan de una norma suprema o fundamental. Es que nace la teoría de la estructura piramidal de las normas, partiendo de una norma fundamental que se encuentra en la cúspide de la pirámide donde se articula el ordenamiento jurídico, para legitimar en segundo lugar los órganos legislativos que crean las leyes, y en tercer lugar los órganos administrativos que crean actos administrativos decretos y resoluciones.

En nuestro sistema normativo podemos encontrar un ejemplo de la estructura piramidal de las

normas, la constitución política de Colombia es nuestra norma de normas que en el caso de Kelsen es la norma suprema, la cual establece en su artículo 48 el derecho al seguridad social, y de este artículo 48 se legitima el nacimiento de la Ley 100 de 1993 la cual ocuparía el segundo lugar en la pirámide, creada por el legislador en nuestro caso el congreso y de la Ley 100 se desprende el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por el ministerio de salud y que ocupa el tercer lugar en la pirámide.

Estructura jerárquica del sistema normativo colombiano

Con la evolución de las sociedades los Estados

han tenido la necesidad de crear límites para el comportamiento de los asociados, es así que las normas han sido el mecanismo para regular el comportamiento del Estado y los asociados.

Para Jean Jacques Rousseau (citado Fernández, 2001), “la ley es la expresión de la voluntad general”. La ley nace del contrato social entre el soberano y el pueblo, es así que el pueblo renuncia una serie de derechos como la libertad para que sean protegidos por el Estado, y este a su vez el estado debe garantizar la protección de los derechos de los ciudadanos.

El sistema legal colombiano contempla una estructura jerárquica normativa necesaria para que prevalezca la organización de la Nación y la autonomía de las ramas del poder público.

Por lo tanto, en nuestro ordenamiento normativo encontramos en primera medida:

a. La Constitución política:

Es la norma de normas, fundamental del Estado Colombiano en donde se contemplan la clase de Estado que tenemos y se estipulan los derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales, de que gozan los ciudadanos, así mismo se contempla la organización del Estado y los órganos de control.

La constitución que emana del “Poder constituyente Primario”, prevalece sobre todas las otras normas que conforman el ordenamiento jurídico.

El doctrinante Augusto González Ramírez, (citado por Fernández, 2001) indica

Estas disposiciones que ocupan el primer lugar en nuestro ordenamiento jurídico, se encuentran consignadas únicamente, en la constitución política que, en verdad constituye la Ley de Leyes y a la cual toda la estructura jerárquica de Colombia tiene por fun-

damento, solamente puede ser reformada por el Congreso (Acto legislativo) por una asamblea constituyente o por el pueblo mediante referendo, tal como lo dispone la carta en los Arts. 372 y ss.” (P.455)

La constitución política es la fuente de los preceptos de las demás normas que regulan un país, es con base en la constitución que se crea la normativa y por lo tanto ésta, no puede ir en contra de los preceptos determinados en la constitución, es a partir de allí que a la constitución se le ha dado la denominación de norma de normas.

b. Ley :

Es la norma que ocupa el segundo lugar en nuestro ordenamiento jurídico, la cual es expedida por el poder legislativo y se encarga de regular las relaciones entre el Estado y los particulares, de éstos con el Estado y el Estado consigo mismo.

“En sentido formal se entiende por Ley a todo precepto jurídico aprobado por el Congreso (poder legislativo) mediante el procedimiento prescrito en la Constitución, promulgada por el presidente de la república y publicado en el Diario Oficial”.(Torres, 2001, p. 455)

En nuestro ordenamiento jurídico existen las Leyes, Orgánicas; son las que establecen los reglamentos del Congreso y las cámaras, las normas sobre preparación, aprobación y ejecución del presupuesto de rentas, Ley de aprobaciones y del plan general de desarrollo, las relativas a la asignación de competencias normativas de las entidades territoriales, las Leyes orgánicas requieren para su aprobación la mayoría absoluta de los miembros de cada una de las cámaras. Y las leyes estatutarias; son las que regulan los elementos estructurales esenciales de los derechos fundamentales y de los mecanismos para su protección, como

los son; derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección; Administración de justicia; Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales Instituciones y mecanismos de participación ciudadana. Estados de excepción.

La Constitución Política de Colombia contempla como se deben crear las leyes desde el Artículo 150 al 170 de la Constitución política de Colombia.

c. Decretos:

Los decretos ocupan el tercer lugar en nuestro ordenamiento jurídico, son emanados de la Rama Ejecutiva del Poder público. El presidente puede expedir los decretos a través de sus ministros, los cuales reglamentan el funcionamiento de la administración, también los decretos sirven para reglamen-

tar las leyes, respecto de sus términos su aplicación y cumplimiento.

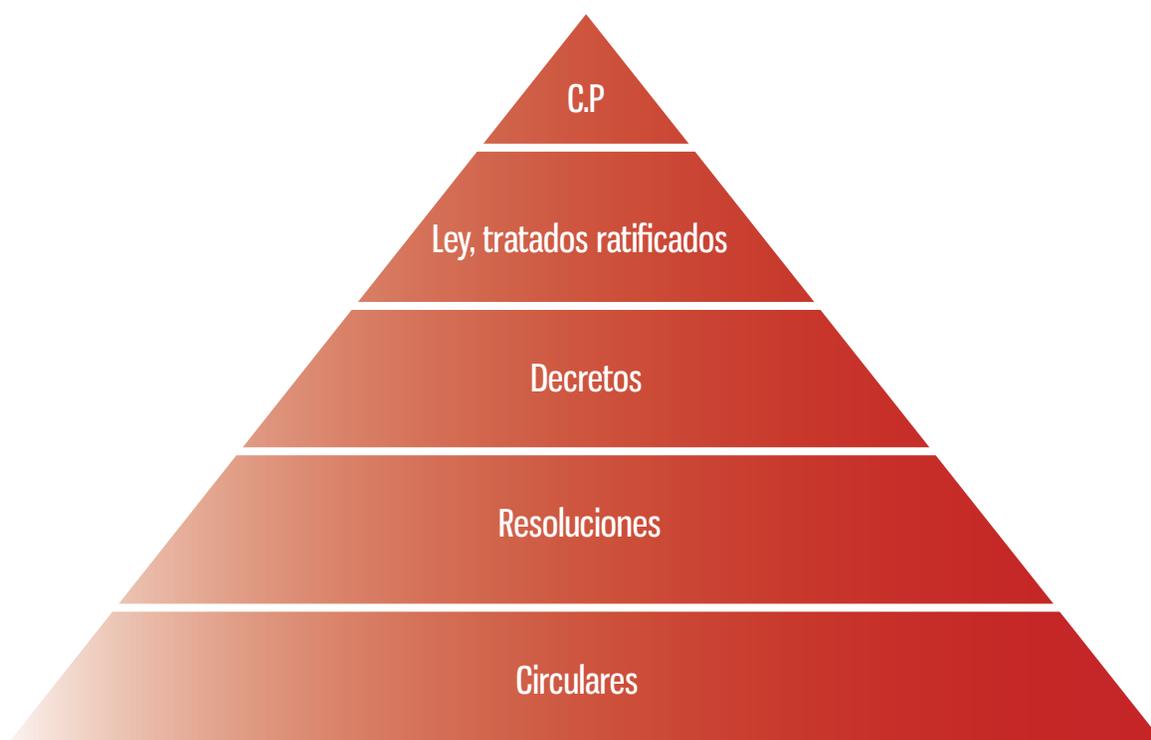
d. Resoluciones:

Las resoluciones ocupan el cuarto lugar de nuestro ordenamiento jurídico, tienen como fin cumplir las funciones establecidas por la ley y reglamentar aspectos que no sean regulados por la ley o los decretos y donde tenga competencia para su promulgación, las resoluciones pueden ser emanadas del poder ejecutivo, de los ministros, de los departamentos y alcaldes.

e. Circulares:

Las circulares ocupan el quinto lugar de nuestro ordenamiento jurídico, las circulares son los pronunciamientos que hace la administración respecto de una consulta que la ciudadanía le hace, las circulares no son de obligatorio cumplimiento pero sirven de guía para la interpretación de la norma.

Estructura jerárquica del sistema normativo colombiano





Fundamentos constitucionales del derecho a la salud



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Introducción

El estudio de la presente cartilla tiene como propósito que el estudiante identifique el bloque de constitucionalidad, el sistema de protección internacional de los derechos humanos, así mismo aplique los mecanismos constitucionales de protección del derecho a la salud dentro de un caso específico de vulneración del derecho a la salud, comprenda e interprete los fundamentos constitucionales del sistema general de seguridad social integral en conflictos generados en el reconocimiento de benéficos o prestaciones del sistema de seguridad social en salud.

Para lo cual se estudiarán los Fundamentos Constitucionales del derecho a la salud, los mecanismos constitucionales de protección del derecho a la salud, como lo son la acción de tutela, acción de grupo y acción popular, terminando con los pronunciamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud, en los problemas de atención de urgencias, historia clínica, consentimiento informado y Ley de talento humano en salud.

Esto contribuirá a que el estudiante cuente con fundamentos para realizar aportes críticos y propositivos a la problemática que enfrenta el sistema de seguridad social en salud.

Metodología

Para una mejor comprensión y desarrollo de la presente cartilla se recomienda a los estudiantes:

- Leer el contenido de la cartilla con apoyo del glosario para entender los términos jurídicos que no sean de su conocimiento.
- Para lograr una mayor comprensión de los contenidos temáticos de la cartilla se deben apoyar en las lecturas complementarias en el siguiente orden:

- Semana tres:

Lectura 1: *El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana.*

Lectura 2: *Derechos humanos, justicia global y salud pública.*

Lectura 3: *La salud como derecho en Colombia. 1999-2007.*

Lectura 4: Sentencia T – 454 del 2008.

Lectura 5: Sentencia T – 062 del 2006.

Lectura 6: Sentencia T – 195 del 2011.

Lectura 7: Sentencia T – 1180 del 2008.

Lectura 8: Sentencia C – 756 del 2008.

- Semana cuatro:

Lectura 1: *Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: más allá del derecho a la salud.*

Lectura 2: *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud.*

- **Se recomienda que el estudiante utilice y comprenda el videoresumen el cual** resume uno de los temas más importante vistos en la unidad, el cual se encuentra en la semana 4.
- **Para el desarrollo del taller** los estudiantes deben realizar la lectura de por lo menos tres de las cinco sentencias de acción de tutela, (T-195 de 2011, T-454 de 2008, T-1180 de 2008 y T -062 de 2006). Efectuada la lectura los estudiantes deben contestar las preguntas del taller. El taller se desarrollara en la semana 3.

Desarrollo temático

Fundamentos constitucionales del derecho a la salud - concepto de salud y seguridad social.

1. Bloque de constitucionalidad y sistema de protección internacional de los derechos humanos.

En la Constitución Política de Colombia encontramos el derecho a la salud en el capítulo II dentro de los Derechos sociales, económicos y culturales.

Así mismo el Artículo 48 de la Constitución Política, se haya el derecho a la seguridad social en el cual se encuentra el derecho a la salud como ese derecho integrante de la seguridad social.

El Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia le ha dado al derecho a la salud el carácter de servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado.

De igual manera estableció que se debe garantizar a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la salud, en consecuencia de ello y por ordenamiento constitucional no es válido todo convenio, acuerdo, contrato, o estipulación que disminuya, desmejore o que desconozca el derecho a la salud.

Artículo 48. La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del

Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella (*Constitución Política de Colombia, 1991*).

Si bien es cierto el derecho a la salud no se encuentra estipulado como derecho fundamental por nuestra Constitución, si le ha dado este estatus de derecho fundamental al estipular, en el Artículo 44 de la constitución el Derecho a la salud y a la seguridad social como un derecho fundamental de los niños.

“**Artículo 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud

y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.” (*Constitución Política de Colombia*, 1991).

En el Artículo 49 de la Constitución determina los principios de eficiencia universalidad y solidaridad del derecho a la salud y la intervención del Estado en la organización del servicio de la salud enmarcando los lineamientos para desarrollar las políticas de salud, la organización y la prestación del servicio de salud y saneamiento ambiental.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental

conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores, la Ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos (*Constitución Política de Colombia*, 1991).

Bloque de constitucionalidad

El bloque de constitucionalidad hace referencia a aquellos tratados, convenios, recomendaciones, normas, principios que sin estar dentro del texto de la constitución hacen parte de la constitución y como tal deben ser tenidos en cuenta como directrices constitucionales por cuanto hacen parte integral de la constitución, constituyendo así el bloque de constitucionalidad.

“Es posible distinguir dos sentidos del concepto de bloque de constitucionalidad. El primero: *stricto sensu*, conformado por aquellos principios y normas que han sido normativamente integrados a la Constitución por diversas vías y por mandato expreso de la Carta, por lo que entonces tienen rango constitucional, como los tratados de derecho humanitario. De otro lado, la noción *lato sensu* del bloque de constitucionalidad se refiere a aquellas disposiciones que “tienen un rango normativo superior a las leyes ordinarias”, aunque a veces no tengan rango constitucional, como las leyes estatutarias y orgánicas, pero que sirven como referente necesario para la creación legal y para el control constitucional.

En principio, integran el bloque de constitucionalidad en sentido lato: (i) el preámbulo, (ii) el articulado de la Constitución, (iii) algunos tratados y convenios internacionales de derechos humanos (C.P. Art. 93), (iv) las leyes orgánicas y, (v) las leyes estatutarias. Por lo tanto, si una ley contradice lo dispuesto en cualquiera de las normas que integran el bloque de constitucionalidad la Corte Constitucional deberá retirarla del ordenamiento jurídico, por lo que, en principio, los actores tienen entonces razón en indicar que la inexequibilidad de una disposición legal no sólo se origina en la incompatibilidad de aquella con normas contenidas formalmente en la Constitución.

No todos los tratados y convenios internacionales hacen parte del bloque de constitucionalidad, pues tal y como la jurisprudencia de esta Corporación lo ha señalado en varias oportunidades, “los tratados internacionales, por el sólo hecho de serlo, no forman parte del bloque de constitucionalidad y, por tanto, no ostentan una jerarquía normativa superior a la de las leyes ordinarias”. En efecto, la Corte ha señalado que, salvo remisión expresa de normas superiores, sólo constituyen parámetros de control constitucional aquellos tratados y convenios internacionales que reconocen derechos humanos (i) y, que prohíben su limitación en estados de excepción (ii). Es por ello, que integran el bloque de constitucionalidad, entre otros, los tratados del derecho internacional humanitario, tales como los Convenios de Ginebra, los Protocolos I y II y ciertas normas del Pacto de San José de Costa Rica.”¹

Marco normativo del bloque constitucional

El marco normativo del bloque constitucional está integrado por el:

- “Artículo 9 Constitución Política: las relaciones exteriores del Estado se fundamentan en la soberanía nacional, en el respeto a la autodeterminación de los pueblos y en el reconocimiento de los principios del derecho internacional aceptados por Colombia.
- De igual manera, la política exterior de Colombia se orientará hacia la integración latinoamericana y del Caribe.” (*Constitución Política de Colombia*, 1991)

Determina el reconocimiento de los principios del Derecho internacional aceptados por Colombia en nuestra normatividad interna.

¹Corte Constitucional.2000. Sentencia C-1490/00, Magistrado ponente, Dr. Fabio Morón Díaz. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/C-1490-00.htm>

- **“Artículo 53 Constitución Política:** los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.

La Ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.” (*Constitución Política de Colombia*, 1991).

Establece que los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.

- **“Artículo 93 Constitución Política:** los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno.

Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

<Incisos 3 y 4 adicionados por el artículo 1 del Acto Legislativo No. 2 de 2001. El nuevo texto es el siguiente:>

El Estado Colombiano puede reconocer la jurisdicción de la Corte Penal Internacional en los términos previstos en el Estatuto de Roma adoptado el 17 de julio de 1998 por la Conferencia de Plenipotenciarios de las Naciones Unidas y, consecuentemente, ratificar este tratado de conformidad con el procedimiento establecido en esta Constitución.

La admisión de un tratamiento diferente en materias sustanciales por parte del Estatuto de Roma con respecto a las garantías contenidas en la Constitución tendrá efectos exclusivamente dentro del ámbito de la materia regulada en el.” (*Constitución Política de Colombia*, 1991).

Este artículo determina que los tratados internacionales y convenios internacionales ratificados por el

Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción hacen parte del Bloque de constitucionalidad por lo tanto prevalecen en el orden interno y deben integrarse a la Constitución teniendo la misma fuerza normativa y obligatoriedad que la Constitución.

- **Artículo 214 Constitución Política:** los Estados de Excepción a que se refieren los artículos anteriores se someterán a las siguientes disposiciones:

1. Los decretos legislativos llevarán la firma del Presidente de la República y todos sus ministros y solamente podrán referirse a materias que tengan relación directa y específica con la situación que hubiere determinado la declaratoria del Estado de Excepción.

2. No podrán suspenderse los derechos humanos ni las libertades fundamentales. En todo caso se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario. Una Ley estatutaria regulará las facultades del Gobierno durante los estados de excepción y establecerá los controles judiciales y las garantías para proteger los derechos, de conformidad con los tratados internacionales. Las medidas que se adopten deberán ser proporcionales a la gravedad de los hechos. (*Constitución Política de Colombia*, 1991).

Este artículo determina que los Derechos Humanos y las libertades fundamentales no podrán suspenderse en los estados de excepción, y que cuando se declare un estado de excepción se deben respetar las reglas del Derecho internacional humanitario.

Sistema de protección internacional de los Derechos Humanos:

El derecho a la salud en el campo internacional ha sido protegido en el derecho internacional, así:

- El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que en su párrafo 1º establece:

“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”.

- El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales, en su párrafo 1º determina que los Estados partes reconocen:

“El Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.”

- La Observación general 14 del comité de Derechos económicos, sociales y culturales determino que el derecho a la salud tiene cuatro elementos, estos deben ser obligatorios para asegurar el derecho a la salud y sin los cuales no podría garantizarse la efectividad del derecho a la salud, los cuales son.

- Disponibilidad.
- Accesibilidad.
- Aceptabilidad.
- Calidad.

Mecanismos constitucionales de protección del derecho a la salud

Al establecer la constitución política de Colombia el derecho a la salud dentro de su articulado, también goza de la garantía de protección del derecho a la salud por vía constitucional a través de los mecanismos constitucionales tales como la acción de tutela y acción populares.

La acción de tutela

La acción de tutela se encuentra regulada por la constitución política de Colombia en el artículos 86 y reglamentada mediante el Decreto 2591 de 1991.

Fue creada como el mecanismo constitucional mediante el cual se busca la protección inmediata y eficaz de los Derechos fundamentales que hayan sido vulnerados o se encuentren en vía de vulneración por acción u omisión de una autoridad pública o un particular.

La acción de tutela y el derecho a la salud

La Corte Constitucional ha definido el Derecho fundamental a la salud como, “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser².”

La corte constitucional ha establecido que la acción de tutela procede para garantizar el derecho a la salud, como un Derecho fundamental constitucional, cuando se encuentre en conexidad con el derecho a la vida o con la integridad física, y cuando está afectado a una persona que goza de una protección especial como lo son los niños las personas de la tercera edad y personas en estado de discapacidad.

La Corte Constitucional a través de sus pronunciamientos le ha dado varios alcances a la protección del derecho a la salud, entre las cuales encontramos.

- a. Derecho a la salud como Derecho constitucional fundamental.

La corte ha establecido el derecho a la salud como un Derecho constitucional fundamental autónomo, que debe ser protegido mediante la acción de tutela sin estar en conexo con un Derecho fundamental, cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que

²Corte Constitucional. 2011. Sentencia de Tutela 184 de 2011, M.P. Ernesto Vargas Silva. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-184-11.htm>

su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico.

- Falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no acceden a ellas a causa de la incapacidad económica para asumirlas. En estos eventos, el contenido del Derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios³.

Entre otras jurisprudencia sobre este tema encontramos; T- 893 de 2003, T- 757 de 2010.

b. Derecho a la salud como concepto integral:

El Derecho a la salud como concepto integral implica que la atención deba brindarse en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia requeridas.

En la prestación del servicio de salud se debe garantizar la atención del paciente en forma integral, respecto de todos los elementos y procedimientos que tenga que prestársele a la persona para asegurar su pronta y eficiente atención.

“La salud como derecho integral, implica que la atención deba brindarse en la cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia requeridas, lo cual conlleva ofrecer, de acuerdo con la Ley y la jurisprudencia, todo cuidado, medicamento, intervención quirúrgica, rehabilitación, diagnóstico, tratamiento y procedimientos necesarios para restablecer la salud, con prevalencia al tratarse de menores de edad.”⁴

³ Corte Constitucional.2008. Sentencia de Tutela 999 de 2008, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de : <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-999-08.htm>

⁴ Corte Constitucional.2009. Sentencia de Tutela 817 de 2009 M.P Nilson Pinilla Pinilla. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-817-09.htm>

Entre otras jurisprudencia sobre este tema encontramos T-307 de 2006, T361 de 2007, T-398 de 2008, T-570 de 2008, T-647 de 2009, T-647 de 2009, T548 de 2011.

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

El Derecho a la salud de personas que gozan de protección especial por parte del estado se debe considerar como un derecho fundamental y autónomo el cual debe ser protegido por acción de tutela sin necesidad de estar en conexidad con un derecho fundamental.

“La Corte ha considerado el derecho a la salud como derecho fundamental frente a sujetos de especial protección. En el caso de la infancia, las personas con discapacidad y los adultos mayores, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido que el derecho a la salud tienen el carácter de derecho fundamental autónomo.”⁵

Entre otras jurisprudencia sobre este tema encontramos T-666 de 2004, T-836 de 2005, T-419 de 2007, T-365 de 2009.

d. El derecho a la salud como derecho fundamental por conexidad con la vida.

El derecho a la salud goza de protección mediante acción de tutela cuando se encuentre en conexidad con el derecho a la vida, por cuanto al no protegerse el derecho a la salud este pone en peligro el derecho fundamental a la vida, por ende el juez de tutela debe proteger el derecho a la salud en conexidad con la vida.

⁵ Corte Constitucional.2004. Sentencia de Tutela 666 DE 2004 M.P Dr. Rodrigo Uprimny Yepes. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-666-04.htm>

“La doctrina ha considerado que en principio, el derecho a la salud no es un derecho fundamental. La jurisprudencia colombiana, sigue esta orientación, de ahí que la protección tutelar a la salud opera en conexión con el derecho a la vida, luego si hay peligro de que ésta sea afectada cabe la acción de tutela. Con este punto de apoyo garantista, la jurisprudencia de la Corte Constitucional protege muchos casos en relación a la prestación del servicio de salud”.

Entre otras jurisprudencia sobre este tema encontramos, T-016 de 2005, T 024 de 2005, T-024 de 2005, T-051 de 205, T-067 de 2005, T-1068 de 2008, T-527 de 2008, T-233 de 2008, t- 085 de 2007.

La acciones populares y acciones de grupo

Las acciones populares y las acciones de grupo se encuentran regulada por la constitución política de Colombia en el artículo 88 y reglamentadas mediante la Ley 47 de 1998.

Fueron creadas para asegurar el amparo de los derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad pública, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza que se definen en ella y para obtener la reparación del daño causado.

Artículo 88. 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 pública, 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 (Ley 47 de 1998).

- **Las acciones populares**

La acción popular tiene un fin preventivo, para dar inicio a una acción popular no es necesario que exista un daño sobre un bien protegido, solo es necesario que el bien se encuentre en un posible peligro. Esta acción ampara en derechos e intereses colectivos.

- **Las acciones de grupo**

La acción de grupo tiene un fin reparador e indemnizatorio, para dar inicio a la acción de grupo es necesario que el daño al bien protegido ya se hubiera efectuado, por cuando lo que busca es reparar el perjuicio ocasionado.

Las acciones de grupo tienen las siguientes características:

1. No involucran Derechos colectivos. El elemento común es la causa del daño y el interés cuya lesión debe ser reparada, que es lo que justifica una actuación judicial conjunta de los afectados.
2. En principio, por tratarse de intereses individuales privados o particulares, los criterios de regulación deben ser los ordinarios.
3. Los mecanismos de formación del grupo y la manera de hacer efectiva la reparación a cada uno de sus miembros sí deben ser regulados de manera especial, con fundamento en la norma constitucional, atendiendo a las razones de economía procesal que inspiran su consagración en ese nivel⁶.

⁶ Corte Constitucional. 2010. Sentencia C-304/10 M.P. Dr. Luis Ernesto Vargas Silva. Recuperado de: <http://www.>

Procedibilidad de los mecanismos de defensa del Derecho a la vida/ salud (tutela-acción popular).

La constitución política de Colombia contempla el Derecho a la vida desde dos perspectivas, como carácter de un valor, entendido como bien constitucional protegido y como Derecho fundamental, entendido como un derecho subjetivo de carácter fundamental.

Al respecto se ha pronunciado la Honorable Corte Constitucional Sentencia C-355/06 Magistrados ponentes: Dr. Jaime Araujo Rentería, Dra. Clara Inés Vargas Hernández.

La Constitución no sólo protege la vida como un derecho (CP Art. 11) sino que además la incorpora como un valor del ordenamiento, que implica competencias de intervención, e incluso deberes, para el Estado y para los particulares. Así, el Preámbulo señala que una de las finalidades de la Asamblea Constitucional fue la de “fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida”. Por su parte el Artículo 2º establece que las autoridades están instituidas para proteger a las personas en su vida y asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. Igualmente el Artículo 95 ordinal 2 consagra como uno de los deberes de la persona actuar humanitariamente ante situaciones que pongan en peligro la vida de sus semejantes. Finalmente, el inciso último del Artículo 49 establece implícitamente un deber para todos los habitantes de Colombia de conservar al máximo su vida. En efecto, esa norma dice que toda persona debe cuidar integralmente su salud, lo cual implica a fortiori que es su obligación cuidar de su vida. Esas normas superiores muestran que la Carta no es neutra frente al valor vida sino que es un ordenamiento claramente en favor de él, opción política que

tiene implicaciones, ya que comporta efectivamente un deber del Estado de proteger la vida.

La corte constitucional ha entendido la protección del derecho a la vida de toda amenaza no importa su origen o magnitud, siempre y cuando la amenaza sea cierta.

Al respecto se ha pronunciado la Honorable Corte Constitucional sentencia T-525/92 Magistrados ponentes: Dr. Ciro Angarita Barón.

En materia constitucional, la protección del derecho a la vida incluye en su núcleo conceptual la protección contra todo acto que amenace dicho derecho, no importa la magnitud o el grado de probabilidad de la amenaza con tal de que ella sea cierta. Una perspectiva constitucional, en cambio, muestra bien cómo se vulnera el derecho fundamental a la vida por la realización de actos que ponen en peligro objetivo tal derecho, así el peligro no sea inminente. Estas consideraciones tienen respaldo en la idea de que el derecho penal reduce su ámbito de aplicación a una limitada cantidad de conductas típicas y antijurídicas a las cuales el Estado considera que se justifica la imposición de una sanción penal. Para el resto de violaciones el derecho ha consagrado soluciones alternativas, entre las cuales se encuentra precisamente la tutela para casos de violación de derechos fundamentales.

A juicio de la Corte, el Derecho a la vida ha de entenderse como la garantía de conservación de la integridad personal y de ciertos niveles de salud, que le permitan al individuo desarrollarse activamente en comunidad y no sobrevivir simplemente, por ende, toda alternativa o posibilidad de acceder a servicios de salud que mejoren la

calidad de vida de quien sus padecimientos han tornado indigna la existencia, deberán ser prestadas sin dilaciones o condicionamientos⁷.

El Artículo 49 de la carta política hace al Estado responsable de la prestación de los servicios médicos y de salud, previendo para el efecto la eventual intervención de los particulares, y, en todo caso, al Estado es al que le corresponde organizar, dirigir y reglamentar dicha finalidad social, enfocado a garantizar el acceso a la salud, la integridad física y la vida digna de todos los asociados, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Cabe anotar, que el precepto en comento destaca el deber del ciudadano de procurarse el cuidado integral necesario de su salud y la de su comunidad.

“La salud reviste la naturaleza de derecho fundamental merced a su relación inescindible con el derecho a la vida y al mínimo vital. La vinculación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud se aprecia con absoluta claridad, ya que la presencia de una patología semejante, además de conducir a la muerte, desmejora la calidad de la vida durante el tiempo al que todavía pueda aspirarse. Se torna patente, entonces, la necesidad de proceder al tratamiento pertinente encaminado a atacar las manifestaciones de la enfermedad para impedir su desarrollo o morigerar sus efectos, tratando de conservar, en lo posible, las posibilidades que faciliten al enfermo desenvolver la propia personalidad dentro del medio social”. (Corte Constitucional. Sala Séptima de Revisión. Sentencia T-271 del 23 de junio de 1995. M.P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero).

⁷ Corte Constitucional. 1994. Sentencia T-576 de 1994, M.P. José Gregorio Hernández Galindo. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-576-94.htm>

“Esta Corporación ha sostenido⁸, que si bien el derecho a la salud no es en si mismo un derecho fundamental⁹, si puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar éste último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad¹⁰. De ahí que el derecho a la salud sea un derecho protegido constitucionalmente¹¹, en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro o acarrea la vulneración de la vida u otros derechos fundamentales de las personas¹². Por consiguiente, la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos, las cirugías, la entrega de medicamentos, etc., pueden ser objeto de protección por vía de tutela, en situaciones en que la salud adquiere por conexidad con el derecho a la vida, el carácter de derecho fundamental”¹³.

La jurisprudencia constitucional también a protegido el Derecho a la vida en conexidad con los Derecho de segunda generación o no establecidos como fundamentales cuando la vulneración de estos derechos pongan en peligro el Derecho fun-

⁸ Corte Constitucional. 2000. Sentencia T-839 de 2000, Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-839-2000.htm>

⁹ Corte Constitucional. 1998. T-395 de 1998; T-076 de 1999; T-231 de 1999. M.P. Alejandro Martínez Caballero. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>

¹⁰ Ver Sentencia No T-271 de 1995. Sentencia T-494 de 1993. Sentencia T-395/98.

¹¹ Al respecto se deben consultar las sentencias SU-111 de 1997; SU-039 de 1998; T-236 de 1998 ; T-395 de 1998 ; T-489 de 1998 ; T-560 de 1998, T-171 de 1999, entre otras.

¹² Ver Sentencia No T-271 de 1995. M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero y Sentencia T-494 de 1993. M.P. Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

¹³ Corte Constitucional. 2001. Sentencia T-423/01 M.P. Jaime Cordoba Triviño. Recuperado de : <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-423-01.htm>

damental a la vida, es así como para el caso del Derecho a la salud goza de protección mediante acción de tutela cuando se encuentre en conexión con el Derecho a la vida, por cuanto al no protegerse el Derecho a la salud este pone en peligro el Derecho fundamental a la vida, por ende el juez de tutela debe proteger el Derecho a la salud en conexión con la vida.

“La doctrina ha considerado que en principio, el derecho a la salud no es un derecho fundamental. La jurisprudencia colombiana, sigue esta orientación, de ahí que la protección tutelar a la salud opera en conexión con el derecho a la vida, luego si hay peligro de que ésta sea afectada cabe la acción de tutela. Con este punto de apoyo garantista la jurisprudencia de la Corte Constitucional protege muchos casos en relación a la prestación del servicio de salud”.

Jurisprudencia de la corte constitucional sobre el derecho a la salud

Jurisprudencia en atención de urgencias

La corte constitucional ha establecido que la atención en urgencias es obligatoria para las entidades prestadoras del servicio de salud bien sea de carácter público como privada, sin importar los periodos mínimos de cotización y sin la necesidad que la persona se encuentra afiliado alguna E.P.S en especial, por cuanto con la no prestación del servicio de salud de urgencias pondría en peligro el Derecho a la salud de las personas, más aun cuando la persona que requiera la atención en urgencias goce de una protección especial por parte del estado.

Al respecto se ha pronunciado la Honorable Corte Constitucional Sentencia C-112/98 Magistrados ponentes: Dr. Dr. Carlos Gaviria Díaz.

Cuando se presentan casos de urgencia se obliga a todas las entidades de salud de carácter público o privado, a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. El costo de estos servicios está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía o de la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, respectivamente, pues ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de “alto costo”, necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios (Corte Constitucional, 1998).

Entre otras jurisprudencia sobre este tema encontramos, T-579-2000, T-582-2000, T1130-2000, T1287-2000, T-350-2002, T-547-2002.

Jurisprudencia acceso a la historia clínica

El Artículo 14 de la resolución 1995 de 1999 establece la reserva de historia clínica, al determinar el acceso de la historia clínica única y exclusivamente para los fines que se establezca en la ley, manteniendo la reserva legal.

Pero la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido la prevalencia del Derecho fundamental de información y de acceso a la justicia prevalece sobre la reserva legal de la historia clínica.

Si bien es cierto la historia clínica está sometida a reserva documental y que por la muerte del titular de la historia clínica no desaparece el carácter de reservado de la historia clínica, también lo es y así lo ha pronunciado la Corte en sus fallos, en

el sentido que los familiares de la víctima tienen derecho a acceder a la historia clínica del fallecido para ejercer los **derechos a la información y la posibilidad de acceder a la administración de justicia**, derechos de orden familiar que deben ser protegidos con fundamento en el derecho a obtener la verdad sobre las causas y motivos de la muerte de un ser querido.

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional Sentencia 1148 – 2008 Magistrado ponente DR. Manuel José Cepeda Espinosa.

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, “si bien, existe reserva legal para este tipo de documentación, figura con la que se pretende proteger en principio el derecho a la intimidad de los pacientes, dicha limitación al conocimiento de la información no puede ser un obstáculo para el ejercicio de derechos de terceros cuando el paciente fallece.”¹⁴ Cuando “el paciente muere surgen derechos de orden familiar que deben ser protegidos con fundamento en el derecho a obtener la verdad sobre las causas y motivos de la muerte de un ser querido, y además con base en el derecho a la intimidad de orden familiar.” (Corte Constitucional 2008)

¹⁴Corte Constitucional, Sentencia T-303 de 2008 (MP Nilson Pinilla Pinilla). En este caso se reitera la jurisprudencia sentada, entre otras, en las sentencias T-275 de 1994 (MP Alejandro Martínez Caballero) y T-158a de 2008 (MP Rodrigo Escobar Gil), en este último caso, la Corte estudió un caso en el que el accionante demandó a una entidad hospitalaria, de carácter privado, que le negó la entrega de la historia clínica de su madre fallecida; esta Corporación concluyó que cuando el paciente titular de la historia clínica fallece el carácter reservado del documento se mantiene, razón por la que no puede ser divulgada en forma indiscriminada la información que contiene, con el objeto de proteger tanto el nombre, el honor y la memoria de la persona fallecida y con el fin de amparar la intimidad de su núcleo familiar y la vida de la misma en condiciones dignas en el ámbito moral y mental. La Corte tuteló el derecho del accionante.

Sentencia 158a-2008 magistrado ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil

En el caso objeto de estudio en esa oportunidad, la Corte consideró que “siendo de recordar que la existencia de la persona se termina con la muerte (Art. 94 Código Civil), sin perjuicio de que pervivan sentimientos merecedores de respeto (...) es claro que esta específica expresión de la intimidad no es oponible por la IPS a la justa aspiración de la hija [de la] accionante”, teniendo en cuenta que impedirle acceder al contenido de dicho documento la obligaría a acudir “a mecanismos jurisdiccionales de acopio probatorio anticipado, eventualmente frustráneos, o a incoar un proceso sin las bases necesarias, para que el juez, a solicitud del interesado, pida la copia del documento reservado (historia clínica), lo que cae en innecesaria tramitología”.

Bajo las anteriores consideraciones, la Corte concedió la solicitud de amparo formulada y ordenó a la IPS correspondiente que le entregara a la actora una copia completa de la historia clínica de su señora madre, en el entendido de que la accionante únicamente la utilizaría para llevar a cabo su declarado propósito de eventual acceso a la justicia (Corte Constitucional, 2008).

Siguiendo esta misma línea jurisprudencial la corte constitucional expuso que las empresas prestadoras del servicio de salud deben entregar copia de la historia clínica a los familiares del fallecido cuando demuestren los siguientes requisitos;

1. La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido.
2. El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañe-

ro o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica.

3. El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho documento.

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia 158a – 2008 Magistrados ponentes DR. Rodrigo Escobar Gil.

Por todo lo expuesto, debe concluirse que la reserva de la historia clínica no le es oponible a los familiares más cercanos de una persona fallecida, por lo que éstos tienen derecho a exigir de las entidades de salud que se les permita acceder al contenido de la historia clínica de éste, sin necesidad de acudir al mecanismo de las pruebas anticipadas establecido en el Código de Procedimiento Civil.

No obstante, lo anterior está sujeto al cumplimiento de unos requisitos mínimos que permiten asegurar que la información sea obtenida únicamente por las personas a que se ha hecho referencia en esa providencia; estos requisitos son:

a- La persona que eleva la solicitud deberá demostrar que el paciente ha fallecido.

b- El interesado deberá acreditar la condición de padre, madre, hijo o hija, cónyuge o compañero o compañera permanente en relación con el titular de la historia clínica, ya que la regla aquí establecida sólo es predicable de los familiares más próximos del paciente. Para el efecto, el familiar deberá allegar la documentación que demuestre la relación de parentesco con el difunto, por ejemplo, a través de la copia del registro civil de nacimiento o de matrimonio según sea el caso.

c- El peticionario deberá expresar las razones por las cuales demanda el conocimiento de dicho

documento, sin que, en todo caso, la entidad de salud o la autorizada para expedir el documento pueda negar la solicitud por no encontrarse conforme con dichas razones. A través de esta exigencia se busca que el interesado asuma algún grado de responsabilidad en la información que solicita, no frente a la institución de salud sino, principalmente, frente al resto de los miembros del núcleo familiar, ya que debe recordarse que la información contenida en la historia clínica de un paciente que fallece está reservada debido a la necesidad de proteger la intimidad de una familia y no de uno sólo de los miembros de ella.

d- Finalmente y por lo expuesto en el literal anterior, debe recalcar que quien acceda a la información de la historia clínica del paciente por esta vía no podrá hacerla pública, ya que el respeto por el derecho a la intimidad familiar de sus parientes exige que esa información se mantenga reservada y alejada del conocimiento general de la sociedad. Lo anterior, implica que no es posible hacer circular los datos obtenidos y que éstos solamente podrán ser utilizados para satisfacer las razones que motivaron la solicitud.

Acreditado el cumplimiento de estos requisitos, la institución prestadora de servicios de salud o, de manera general, la autoridad médica que corresponda, estará en la obligación de entregarle al familiar que lo solicita, copia de la historia clínica del difunto sin que pueda (Corte Constitucional, 2008).

Jurisprudencia consentimiento informado y capacidad

La corte constitucional ha establecido el consentimiento informado como el derecho que tiene el paciente de conocer de manera preferente y de su médico tratante los procedimientos que va hacer

sometido, así mismo como los medicamentos que se le van a suministrar para el mejoramiento de su estado de salud, de igual manera de los efectos secundarios del tratamiento, para la protección y desarrollo de su propia autonomía y de la titularidad de sus derechos a la vida, y la integridad personal.

Respecto del consentimiento informado la Corte Constitucional ha hecho las siguientes aclaraciones:

- La prevalencia de la autonomía del paciente sobre el tratamiento efectuar.

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia SU-337/99, Magistrado ponente DR. Alejandro Martínez Caballero.

Si los individuos son libres y agentes morales autónomos, es obvio que es a ellos a quienes corresponde definir cómo entienden el cuidado de su salud, y por ende, los tratamientos médicos deben contar con su autorización. En efecto, “la primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo”. Por ello esta Corte ha señalado que del “principio general de libertad emana el derecho específico de la autonomía del paciente que le permite tomar decisiones relativas a su salud.” Igualmente, si las personas son inviolables, sus cuerpos también lo son, por lo cual no pueden ser intervenidos sin su permiso (Corte Constitucional, 1999).

De igual manera expreso en esta misma sentencia:

También ha dicho la Corte que en nuestro ordenamiento constitucional prevalece prima facie el principio de la autonomía en la relación médico - paciente, aunque ello no implica que

su aplicación, o la de cualquier otro principio haga inaplicables los demás, pues la complejidad de este tipo de situaciones hace imposible asignarles a los principios el carácter de reglas susceptibles de ser encuadradas de manera específica y excluyente en una situación fáctica. Por el contrario, en cada caso se debe efectuar una ponderación de estos principios a partir de los hechos, para determinar la medida en que cada uno resulta relevante (Corte Constitucional, 1999).

- La autonomía del paciente no es absoluta.

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia Su-337/99, Magistrado ponente DR. Alejandro Martínez Caballero.

La autorización explícita del paciente puede no ser necesaria en determinados casos, por cuanto el principio de autonomía puede ceder ante las exigencias normativas de los otros principios concurrentes, dadas las particularidades de la situación concreta, tal y como sucede en las emergencias médicas o eventos asimilables. El principio de autonomía tiene entonces una prevalencia prima facie, pero no absoluta, sobre los valores concurrentes, y en especial sobre el principio de beneficencia. Por consiguiente, en general el médico debe siempre obtener la autorización para toda terapia, salvo que, excepcionalmente, las particularidades del caso justifiquen apartarse de esa exigencia. Esto significa que el equipo médico que quiera abstenerse de obtener el consentimiento informado tiene la carga de probar convincentemente la necesidad de ese distanciamiento, pues si no lo hace, la prevalencia prima facie del principio de autonomía se vuelve definitiva y hace ineludible la obtención del permiso de parte del paciente (Corte Constitucional, 1999).

- Característica del consentimiento informado (libre e informado, la decisión debe ser infor-

mada, paciente que toma la decisión debe ser lo suficientemente autónomo para decidir si acepta o no el tratamiento específico).

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia SU-337/99, Magistrado Ponente DR. Alejandro Martínez Caballero.

No cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica: es necesario que el consentimiento del paciente reúna ciertas características, y en especial que sea libre e informado. Esto significa, en primer término, que la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños. Por ello, en segundo término, la decisión debe ser informada, esto es, debe fundarse en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. Finalmente, el paciente que toma la decisión debe ser lo suficientemente autónomo para decidir si acepta o no el tratamiento específico, esto es, debe tratarse de una persona que en la situación concreta goce de las aptitudes mentales y emocionales para tomar una decisión que pueda ser considerada una expresión auténtica de su identidad personal. (Corte Constitucional, 1999).

- El consentimiento informado debe ser informado y cualificado:

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia SU-337/99, Magistrado ponente DR. Alejandro Martínez Caballero.

Las intervenciones hormonales y quirúrgicas a los hermafroditas son entonces particularmente invasivas, por lo cual, conforme a los criterios anteriormente señalados en esta sentencia, el consentimiento informado de la persona debe ser cualificado, claro, explícito y fundado en el pleno conocimiento de los peligros de los tratamientos y de las posibilidades de terapias alternativas. Ahora bien, un consentimiento cualificado requiere a su vez de una madurez y autonomía especiales del paciente, quien debe ser no sólo perfectamente consciente de qué es lo que desea sino que además debe tener la capacidad de comprender cuáles son los riesgos de unas intervenciones que son invasivas, irreversibles y, en muchos casos, muy agobiantes. Por ello, en eventos como éstos, el equipo sanitario no sólo debe suministrar una información muy depurada al paciente sino que, además, debe establecer procedimientos que permitan constatar la autenticidad de su consentimiento. (Corte Constitucional, 1999).

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia T-1229/05, Magistrado ponente DR. Jaime Araujo Rentería.

La importancia que tiene el principio de autonomía individual del paciente respecto de su cuerpo, como principio adscrito a nuestro ordenamiento constitucional, impone la necesidad de que sus decisiones sean producto de un consentimiento **informado** y **cualificado**. Estos dos elementos, que condicionan el consentimiento del paciente, le imponen a los médicos el deber de informarle y hacerle comprender los aspectos necesarios para que pueda tomar una decisión libre. El primero de tales elementos, el del consentimiento informado, implica un deber general del médico

de permitir que el paciente sea consciente de los beneficios, riesgos y demás implicaciones del procedimiento al que va a ser sometido, así como de las alternativas a dicho tratamiento y sus respectivas implicaciones. El segundo de los elementos, el del consentimiento cualificado, relativiza el del consentimiento informado en función de diversas variables, entre ellas, el carácter experimental del procedimiento que se plantea al paciente. (Corte Constitucional, 2005).

■ La ética médica / consentimiento informado.

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia T-1229/05, Magistrado ponente DR. Jaime Araujo Rentería.

“14. La jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha referido a los principios que se encuentran en tensión en la ética médica y ha afirmado que tales principios tienen, además de un fundamento constitucional, un soporte en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. Ha dicho que entre tales principios están: (1) el deber del médico de contribuir al bienestar de su paciente y de abstenerse de causarle daño –principio de beneficencia-; (2) el principio de utilidad, el cual supone que, para el desarrollo de la ciencia médica son necesarias la investigación y la experimentación, en favor de la población futura; (3) el principio de justicia, que supone una igualdad de acceso de la población a los beneficios de la ciencia; y (4) el principio de autonomía, según el cual el consentimiento del paciente es necesario para poder practicarle cualquier intervención sobre su cuerpo.

“15. También ha dicho la Corte que en nuestro ordenamiento constitucional prevalece prima facie el principio de la autonomía en la relación médico - paciente, aunque ello no im-

plica que su aplicación, o la de cualquier otro principio haga inaplicables los demás, pues la complejidad de este tipo de situaciones hace imposible asignarles a los principios el carácter de reglas susceptibles de ser encuadradas de manera específica y excluyente en una situación fáctica. Por el contrario, en cada caso se debe efectuar una ponderación de estos principios a partir de los hechos, para determinar la medida en que cada uno resulta relevante. (Corte Constitucional, 2005).

Al respecto se ha señalado por la Honorable corte Constitucional; Sentencia T-216 /008 Magistrado ponente DR. Humberto Antonio Sierra Porto.

El médico/la médica tiene obligación de observar los principios de: (i) Beneficencia, esto es, ha de contribuir a procurar el bienestar del/ de la paciente y, en este orden de cosas, ha de abstenerse de causarle daño. (ii) Utilidad, es decir, que el avance de la ciencia supone poner en movimiento todos los medios de investigación y de experimentación indispensables para el desarrollo de la medicina no únicamente pensando en la solución de padecimientos presentes sino reparando en la población futura. (iii) Justicia, a saber, que se debe garantizar el acceso de la población a los beneficios de la ciencia y que tal acceso ha de darse en condiciones igualitarias y equitativas. (iv) Autonomía es decir que para la práctica de cualquier procedimiento médico ha de contarse con el consentimiento del/ de la paciente. (Corte Constitucional, 2008).

Entre otras jurisprudencia sobre este tema encontramos, Sentencia T-1229/05

Sentencia SU-337/99, Sentencia T-866/06, Sentencia T-216/08.

Jurisprudencia, Ley de talento humano en salud

El congreso de la República el día 03 de octubre del año 2007 publicó en el diario oficial la Ley 1164, mediante la cual se dictan normas en talento humano en salud.

Con esta norma se busca establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

La Corte Constitucional mediante sentencia de constitucionalidad declaró la inexecutable del Artículo 25; del literal d) del artículo 10º y de la expresión “e implementar el proceso de recertificación dentro de los seis (6) meses siguientes a

la expedición de la presente Ley”, contenida en el párrafo 1º del Artículo 10º de la Ley 1164 de 2007 y de la expresión “y será actualizada con base en el cumplimiento del proceso de recertificación estipulado en la presente Ley”, del Artículo 24 de la misma ley.

Por cuanto el legislador con el trámite de la creación de la Ley 1164 de 2007, la realizó como una ley ordinaria, la cual debía tramitarse como una ley estatutaria, toda vez esta norma regula el derecho a ejercer la profesión u oficio de los trabajadores de la salud, siendo este un derecho fundamental.



Conformación de sistema general de seguridad social



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Introducción

El estudio de la presente cartilla tiene como propósito que el estudiante identifique el bloque de constitucionalidad, el sistema de protección internacional de los derechos humanos, así mismo aplique los mecanismos constitucionales de protección del derecho a la salud dentro de un caso específico de vulneración del derecho a la salud, comprenda e interprete los fundamentos constitucionales del sistema general de seguridad social integral en conflictos generados en el reconocimiento de beneficios o prestaciones del sistema de seguridad social en salud.

Para lo cual se estudiarán los Fundamentos Constitucionales del Derecho a la Salud, los Mecanismos Constitucionales de protección del derecho a la salud, como lo son la acción de tutela, acción de grupo y acción popular, terminando con los pronunciamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud, en los problemas de atención de urgencias, historia clínica, consentimiento informado y Ley de talento Humano en salud.

Esto contribuirá a que el estudiante cuente con fundamentos para realizar aportes críticos y propositivos a la problemática que enfrenta el sistema de seguridad social en salud.

Metodología

Para una mejor comprensión y desarrollo de la presente cartilla se recomienda a los estudiantes:

- Leer el contenido de la cartilla con apoyo del glosario para entender los términos jurídicos que no sean de su conocimiento.
- Para lograr una mayor comprensión de los contenidos temáticos de la cartilla se deben apoyar en las lecturas complementarias en el siguiente orden:

- Semana 3:

Lectura 1: *El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana.*

Lectura 2: *Derechos humanos, justicia global y salud pública.*

Lectura 3: *La salud como derecho en Colombia. 1999-2007.*

Lectura 4: Sentencia T – 454 del 2008.

Lectura 5: Sentencia T – 062 del 2006.

Lectura 6: Sentencia T – 195 del 2011.

Lectura 7: Sentencia T – 1180 del 2008.

Lectura 8: Sentencia C – 756 del 2008.

- Semana 4:

Lectura 1: *Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: más allá del derecho a la salud.*

Lectura 2: *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud.*

- **Se recomienda que el estudiante utilice y comprenda el videoresumen el cual** resume uno de los temas más importante vistos en la unidad, el cual se encuentra en la semana 4.

- **Para el desarrollo del taller** los estudiantes deben realizar la lectura de por lo menos tres de las cinco sentencias de acción de tutela, (T-195 de 2011, T-454 de 2008, T-1180 de 2008 y T -062 de 2006). Efectuada la lectura los estudiantes deben contestar las preguntas del taller. El taller se desarrollara en la semana 3.

Desarrollo temático

Conformación de sistema general de seguridad social

Sistema de seguridad social integral

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias derivadas de la invalidez, vejez, muerte, enfermedades y accidentes de origen común, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

La seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

La constitución política de Colombia en su Artículo 48 establece que el Estado a través de sus instituciones debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional el derecho

irrenunciable a la seguridad social, que es un servicio público obligatorio cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas siempre y cuando cumplan con los requisitos que la ley establezca para ello.

El carácter de servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud. Con respecto al sistema general de pensiones es esencial solo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

El sistema de seguridad social integral para su funcionamiento se fundamenta en unos principios que deben ser cumplidos por parte de todos los actores del sistema, los cuales son:

- **Eficiencia.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **Universalidad.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **Solidaridad.** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las co-

munidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

- **Integralidad.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.
- **Unidad.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.
- **Participación.** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Funcionamiento del sistema de seguridad social integral

1. Sistema general de seguridad social en pensiones

El sistema general de pensiones tiene por objeto de cubrir a la población, de las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento y pago de las pensiones y prestaciones que se causen según sea el caso. Este sistema se encuentra integrado por dos regímenes pensionales solidarios excluyentes pero que coexisten entre sí el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

Para un mayor funcionamiento o del sistema general de seguridad social en pensiones se establecieron unas reglas básicas, que en la ley

100 de 1993 son presentadas como características, así:

- La afiliación al sistema de seguridad social en pensiones es obligatoria para todos los trabajadores dependientes e independientes.
- La selección del Régimen de Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad es libre y voluntaria por parte del afiliado.
- Los afiliados al sistema de seguridad social en pensiones tienen derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones y de las pensiones de invalidez, de vejez y de sobrevivientes.
- La afiliación al sistema implica la obligación de efectuar los aportes al sistema de seguridad social en pensiones.
- Los afiliados al sistema general de pensiones podrán escoger el régimen de pensiones que prefieran. Una vez efectuada la selección inicial, estos solo podrán trasladarse de régimen por una sola vez cada cinco (5) años, contados a partir de la selección inicial. El afiliado no podrá trasladarse de régimen cuando le faltaren diez (10) años o menos para cumplir la edad para tener derecho a la pensión de vejez.
- Para el reconocimiento de las pensiones y prestaciones contempladas en los dos regímenes, se tendrán en cuenta la suma de las semanas cotizadas con anterioridad a la vigencia de la ley 100 de 1993, al instituto de seguros sociales o a cualquier caja, fondo o entidad del sector público o privado, o el tiempo de servicio como servidores públicos, cualquiera sea el número de semanas cotizadas o el tiempo de servicio.
- Para el reconocimiento de las pensiones y prestaciones contempladas en los dos regímenes se tendrá en cuenta la suma de las semanas cotizadas a cualquiera de ellos.

- En desarrollo del principio de solidaridad, los dos regímenes garantizan a sus afiliados el reconocimiento y pago de una pensión mínima en los términos de la ley 100 de 1993.
- Ningún afiliado podrá recibir simultáneamente pensiones de invalidez y de vejez.
- Las entidades administradoras de cada uno de los regímenes del sistema general de pensiones estarán sujetas al control y vigilancia de la superintendencia bancaria.
- En ningún caso podrán sustituirse semanas de cotización o abonarse semanas cotizadas o tiempo de servicios con el cumplimiento de otros requisitos distintos a cotizaciones efectivamente realizadas o tiempo de servicios efectivamente prestados antes del reconocimiento de la pensión. Tampoco podrán otorgarse pensiones del sistema general que no correspondan a tiempos de servicios efectivamente prestados o cotizados, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
- Los recursos del sistema general de pensiones están destinados exclusivamente a dicho sistema y no pertenecen a la Nación, ni a las entidades que los administran.
- El Estado es responsable de la dirección, coordinación y control del sistema general de pensiones y garante de los recursos pensionales aportados por los afiliados, y controlará su destinación exclusiva, custodia y administración.
- El sistema general de pensiones propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles.
- Los afiliados que al cumplir la edad de pensión no reúnan los demás requisitos para tal efecto, tendrán derecho a una devolución de saldos o indemnización sustitutiva de

acuerdo con el régimen al cual estén afiliados.

Afiliación al sistema de seguridad social en pensiones

Se deben afiliar al sistema general de seguridad social en pensiones:

a. De forma obligatoria:

- Todas las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, los servidores públicos, la obligación de la afiliación de estos trabajadores dependientes es del empleador.
- De igual manera las personas naturales que presten directamente servicios al Estado o a las entidades o empresas del sector privado, bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios, o cualquier otra modalidad de servicios que adopten, **los trabajadores independientes**.
- Los grupos de población que por sus características o condiciones socioeconómicas sean elegidos para ser beneficiarios de subsidios a través del fondo de solidaridad pensional, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

b. De forma voluntaria:

Todas las personas naturales residentes en el país y los colombianos domiciliados en el exterior, que no tengan la calidad de afiliados obligatorios.

Cotización

■ Para los empleadores:

Los empleadores deben cotizar al sistema general de pensiones durante la vigencia

de la relación laboral de cada uno de sus trabajadores con base en el salario mensual devengado por el trabajador.

■ **Para las personas naturales con contrato de prestación de servicios:**

Deberán cotizar hasta por un cuarenta (40%) por ciento del valor del contrato(s) mensual.

Monto de la cotización

El monto de la cotización para el sistema de pensiones es del dieciséis por ciento (16%) del salario mensual devengado por el trabajador, de este 16%, un 75% debe ser pagado por el empleador y un 25% debe ser pagado por el trabajador.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral, se calculará sobre el 70% de dicho salario.

En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario o ingreso devengado de cada uno de ellos.

Para efectos de la cotización el empleador le descontará al trabajador el 25% que le corresponde de su salario y realizará la cotización total con su parte al sistema, en el caso en que el empleador no realice el descuento al trabajador y no pague la cotización en los términos establecidos deberá pagar el 100% de la cotización, con los respectivos intereses.

■ **Ingreso base de cotización (IBC):** es el valor que cotiza mensualmente el afiliado al sistema de seguridad social en pensiones.

■ **Ingreso base de liquidación (IBL):** es el promedio de los salarios o rentas sobre

los cuales ha cotizado el afiliado durante los 10 años anteriores al reconocimiento de la pensión o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia.

Régimen solidario de prima media con prestación definida

El régimen de Prima Media con Prestación Definida es aquel mediante el cual los afiliados o sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización, según sea el caso, este régimen se encuentra administrado por Colpensiones, quien es la encargada de recibir la afiliación y cotización, así mismo es la encargada del reconocimiento y pago de las prestaciones. Las características de este régimen son:

- a. Es un régimen solidario de prestación definida.
- b. Los aportes de los afiliados y sus rendimientos, constituyen un fondo común **de naturaleza pública.**
- c. El Estado garantiza el **pago** de los beneficios a que se hacen acreedores los afiliados.

Pensión de vejez

La pensión de vejez es una de las contingencias que cubre el régimen de prima media con prestación definida, la cual busca que la persona que cumpla unos requisitos de semanas de cotización y edad pueda acceder a una remuneración mensual hasta el momento de su muerte, esta pensión se puede sustituir a los beneficiarios siendo denominada pensión de sobrevivencia que más adelante estudiaremos.

■ **Respecto de la edad:** la edad en el régimen de prima media con prestación defini-

da como un requisito para poder acceder a este derecho ha tenido dos cambios :

- De 1993 hasta 31 de diciembre del 2013.
Mujeres 55 años.
Hombres 60 años.
- A partir del 1 de enero de 2014.
Mujeres 57 años.
Hombres 62 años.

Por lo tanto a partir del primero de enero del año 2014, la edad para acceder a la pensión de vejez para los hombres es de sesenta y dos años (62) y para mujeres de cincuenta y siete años (57).

- **Respecto de las semanas de cotización:** el requisito de semanas también ha tenido unos cambios antes del 31 de diciembre del año 2004 las personas debían cumplir 1000 semanas de cotización para poder acceder a la pensión de vejez, pero a partir del año 2005 las semanas requeridas para acceder a la pensión de vejez va aumentando cada año, según el año en que se cumpla la edad para acceder a la pensión, requiriendo 1.050 semanas para el año 2005 y terminado en 1.300 semanas para el año 2015, así como se demuestra en la siguiente tabla.

Año	Semanas requeridas
2005	1050
2006	1075
2007	1100
2008	1125
2009	1150
2010	1175
2011	1200
2012	1225
2013	1250
2014	1275
2015	1300

- **Monto de la pensión**

- **Hasta el 31 de diciembre del 2003**

Por 1.000 semanas de cotización se aplica un 65%. Al ingreso base de liquidación.

En el caso en que el afiliado presente más de 1.000 hasta 1.200 semanas por cada 50 semanas adicionales se incrementa en un 2% hasta un 73% del I.B.L.

Después de las 1.200 semanas hasta 1.400 el porcentaje se aumentará en un 3% hasta un máximo de 85% del I.B.L.

- **Después del 31 de diciembre del 2003**

El monto mensual de la pensión correspondiente al número de semanas mínimas de cotización requeridas, será del equivalente al 65%, del ingreso base de liquidación de los afiliados. Dicho porcentaje se calculará de acuerdo con la fórmula siguiente:

$$r = 65.50 - 0.50 s, \text{ donde:}$$

r = porcentaje del ingreso de liquidación.

s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para la presente fórmula (s), es el número de salarios mínimos legales mensuales vigentes que quepan en el ingreso base de liquidación. El I.B.L. de la pensión de vejez es el promedio de los salarios sobre los cuales cotizó el afiliado en los últimos diez (10) años, actualizado anualmente por el I.P.C.

A partir del 2004, el monto mensual de la pensión de vejez será un porcentaje que oscilará entre el 65 y el 55% del ingreso base de liquidación de los afiliados, en forma decreciente en función de su nivel de ingresos calculado con base en la fórmula señalada.

A partir del 2005, por cada cincuenta (50) semanas adicionales a las mínimas requeridas, el porcentaje se incrementará en un 1.5% del ingreso base de liquidación, llegando a un monto máximo de pensión entre el 80 y el 70.5% de dicho ingreso, en forma decreciente en función del nivel de ingresos de cotización, calculado con base en la fórmula establecida en el presente artículo. El valor total de la pensión no podrá ser superior al ochenta (80%) del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima.

Pensión de invalidez por riesgo común

La pensión de invalidez es otra prestación del sistema de seguridad social en pensiones del régimen de prima media con prestación definida, la cual busca cubrir la contingencia de la invalidez cuando el afiliado presenta una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% y cumplan con los siguientes requisitos.

- Haber cotizado cincuenta (50) semanas dentro de los últimos tres (3) años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración.
- Los menores de veinte (20) años de edad sólo deberán acreditar que han cotizado veintiséis (26) semanas en el último año inmediatamente anterior al hecho causante de su invalidez o su declaratoria.
- Cuando el afiliado haya cotizado por lo menos el 75% de las semanas mínimas requeridas para acceder a la pensión de vejez, solo se requerirá que haya cotizado 25 semanas en los últimos tres (3) años.

- **Calificación del estado de invalidez**

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la E.P.S, la A.F.P. postergará el trámite de calificación de invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud.

Las E.P.S deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las A.F.P. donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando E.P.S no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

- **Cuantía de la pensión de invalidez**

- Cuando la pérdida de capacidad laboral sea del 50% hasta 66%: la tasa de remplazo es del 45% del I.B.L, que se podrá incrementar en 1.5% por cada 50 semanas adicionales a las 500 semanas de cotización, así:

Semanas	% De la pensión
Hasta 500	45
550	46,5
600	48
650	49,5
700	51
750	52,5
800	54
850	55,5
900	57
950	58,5
1000	60
1050	61,5
1100	63
1150	64,5
1200	66
1250	67,5
1300	69
1350	70,5
1400	72
1450	73,5
1500	75

Semanas	% De la pensión
Hasta 800	54
850	56
900	58

950	60
1000	62
1050	64
1100	66
1150	68
1200	70
1250	72
1300	74
1350	75

- Cuando la invalidez sea superior del 66%: la tasa de remplazo inicia en el 54% que se podrá incrementar en 2% por cada 50 semanas adicionales a las 800 semanas de cotización, así

- **Revisión de las pensiones de invalidez**

El estado de invalidez podrá revisarse:

- Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfrutó su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiera lugar.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados des-

de la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá. Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen.

- b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa.

Pensión de sobreviviente

La pensión de sobreviviente busca cubrir la contingencia que causa el fallecimiento de una persona que integra el grupo familiar, con el reconocimiento de una pensión que logre cubrir un poco la dependencia económica de la persona fallecida.

- **Requisitos para la pensión de sobreviviente**

Respecto del afiliado al sistema de seguridad social se requiere que éste hubiere cotizado cincuenta semanas dentro de los tres últimos años inmediatamente anteriores al fallecimiento.

Respecto al pensionado no se requieren requisitos de cotización por parte del causante.

- **Beneficiarios de la pensión de sobreviviente**

■ El cónyuge o compañera permanente:

El cónyuge o compañera permanente tendrá derecho a la pensión de sobreviviente siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- En forma vitalicia, el cónyuge o la compañera o compañero permanente o superstite, siempre y cuando dicho beneficiario, a la fecha del fallecimiento del causante, tenga 30 o más años de edad.
- En caso de que la pensión de sobre-

vivencia se cause por muerte del pensionado, el cónyuge o la compañera o compañero permanente superstite, deberá acreditar que estuvo haciendo vida marital con el causante hasta su muerte y haya convivido con el fallecido no menos de cinco (5) años continuos con anterioridad a su muerte.

- En forma temporal, el cónyuge o la compañera permanente superstite, siempre y cuando dicho beneficiario, a la fecha del fallecimiento del causante, tenga menos de 30 años de edad, y no haya procreado hijos con este. La pensión temporal se pagará mientras el beneficiario viva y tendrá una duración máxima de 20 años. En este caso, el beneficiario deberá cotizar al sistema para obtener su propia pensión, con cargo a dicha pensión.
- Si respecto de un pensionado hubiese un compañero o compañera permanente, con sociedad anterior conyugal no disuelta y derecho a percibir parte de la pensión de sobreviviente, dicha pensión se dividirá entre ellos (as) en proporción al tiempo de convivencia con el fallecido.
- En caso de convivencia simultánea en los últimos cinco años, antes del fallecimiento del causante entre un cónyuge y una compañera o compañero permanente, la beneficiaria o el beneficiario de la pensión de sobreviviente será la esposa o el esposo. Si no existe convivencia simultánea y se mantiene vigente la unión conyugal pero hay una separación de hecho, la compañera o compañero permanente podrá reclamar una cuota parte de lo correspondiente al literal en un porcentaje proporcional al tiempo convivido con el causante siempre y cuando haya sido superior a los últimos cinco años antes del fallecimiento del causante. La otra cuota parte le corresponderá al cónyuge con la cual existe la sociedad conyugal vigente.

■ Los hijos:

- Tendrán derecho al reconocimiento de la pensión de sobreviviente los hijos menores de 18 años.
- Los hijos mayores de 18 años hasta los 25 años siempre y cuando se encuentren incapacitados para trabajar en razón de sus estudios, siempre y cuando acrediten su condición de estudiante.
- Los hijos inválidos si dependían económicamente del causante, esto es, que no tienen ingresos adicionales, mientras subsistan las condiciones de invalidez.

Respecto de los beneficiarios de los hijos y la esposa o compañera permanente la pensión se divide un 50% para la esposa y el 50 % restante, se divide entre los hijos existentes, excluyendo a los demás beneficiarios.

■ Otros

Cuando no existan hijos ni esposa o compañera permanente pueden acceder a la pensión los padres del causante siempre y cuando dependan económicamente del causante, al no existir padres también pueden acceder a la pensión los hermanos inválidos del causante siempre y cuando dependan económicamente del causante.

• Ingreso base de liquidación

El ingreso base de liquidación de la pensión de sobreviviente es el promedio de los salarios sobre los cuales el afiliado ha cotizado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, actualizados anualmente con el I.P.C, si el causante ha muerto antes de los diez (10) años, se debe tomar el promedio de los salarios sobre los cuales ha cotizado el afiliado en todo el tiempo.

• Cuantía de la pensión

Respecto de la muerte del pensionado la cuantía de la pensión es el 100% de la pensión que aquel disfrutaba.

Respecto del afiliado; el monto mensual de la pensión total de sobrevivientes será igual al 45% del ingreso base de liquidación más 2% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas adicionales de cotización a las primeras quinientas (500) semanas de cotización, sin que exceda el 75% del ingreso base de liquidación, así:

Semanas	% De la pensión
Hasta 500	45
550	47
600	49
650	51
700	53
750	55
800	57
850	59
900	61
950	63
1000	65
1050	67
1100	69
1150	71
1200	73
1250	75

Auxilio funerario

Esta prestación se reconoce a la persona que haya sufragado los gastos de entierro del afiliado o el pensionado fallecido, la cuantía de esta prestación equivale al último salario base de cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida sin que esta auxilio pueda ser inferior a cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez veces dicho salario.

Indemnización sustitutiva

Es una indemnización que recibe el afiliado o los beneficiarios del causante equivalente a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número de semanas cotizadas; al resultado así obtenido se le aplica el promedio ponderado de los porcentajes sobre los cuales hay cotizado el afiliado, esta indemnización procede cuando el afiliado que quiera acceder a la pensión de vejez ha cumplido la edad pero no las semanas de cotización para pensionarse, de igual manera procese para los miembros del grupo familiar del afiliado que al momento de su muerte no hubieren reunido los requisitos exigidos para acceder a la pensión de sobrevivientes, así mismo procede para el afiliado que al momento de invalidarse no cumple con los requisitos exigidos para acceder a la pensión de invalidez.

Régimen de ahorro individual con solidaridad

Este régimen está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al Fondo de Solidaridad, y propende por la competencia entre las diferentes entidades administradoras del sector privado, sector público y sector social solidario, que libremente escojan los afiliados.

El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad es el conjunto de entidades, normas y procedimientos, mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados a pagar las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados.

Este régimen está administrado por las administradoras de fondos de pensiones (A.F.P) que son entidades de carácter privado, que se encargan del reconocimiento y pago de las pensiones de vejez, invalidez, y muerte de las personas que se encuentren afiliadas al régimen, a través de la administración de las cuentas de cada afiliado.

Las características de este régimen son:

- a. Los afiliados al régimen tendrán derecho al reconocimiento y pago de las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, así como de las indemnizaciones, cuya cuantía dependerá de los aportes de los afiliados y empleadores, sus rendimientos financieros, y de los subsidios del Estado, cuando a ellos hubiere lugar.
- b. Una parte de los aportes de los afiliados, se capitalizará en la cuenta individual de ahorro pensional de cada afiliado. Otra parte se destinará al pago de primas de seguros para atender las pensiones de invalidez y de sobrevivientes y la asesoría para la contratación de la renta vitalicia, financiar el Fondo de Solidaridad Pensional y cubrir el costo de administración del Régimen.
- c. Las cuentas de ahorro pensional, serán administradas por las administradoras de fondos de pensiones (A.F.P), sujetas a la vigilancia y control del Estado.

- d.** Los afiliados al sistema podrán escoger y trasladarse libremente entre entidades administradoras, y seleccionar la aseguradora con la cual contraten las rentas o pensiones.
- e.** El conjunto de las cuentas individuales de ahorro pensional constituye un patrimonio autónomo propiedad de los afiliados, denominado fondo de pensiones, el cual es independiente del patrimonio de la entidad administradora.
- f.** Las entidades administradoras deberán garantizar una rentabilidad mínima del fondo de pensiones que administran.
- g.** El patrimonio de las entidades administradoras garantiza el pago de la rentabilidad mínima y el desarrollo del negocio de administración del fondo de pensiones.
- h.** El Estado garantiza los ahorros del afiliado y el pago de las pensiones a que éste tenga derecho, cuando las entidades administradoras o aseguradoras incumplan sus obligaciones, en los términos de la presente ley, revirtiendo contra el patrimonio de las entidades administradoras y aplicando las sanciones pertinentes por incumplimiento, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.
- i.** Tendrán derecho al reconocimiento de bonos pensionales los afiliados al Régimen que hayan efectuado aportes o cotizaciones

al Instituto de Seguros Sociales, o a las cajas, fondos o entidades del sector público, o prestado servicios como servidores públicos, o trabajado en empresas que tienen a su exclusivo cargo las pensiones de sus trabajadores y trasladen la parte proporcional del cálculo actuarial correspondiente;

- j.** En desarrollo del principio de solidaridad, el Estado aportará los recursos que sean necesarios para garantizar el pago de pensiones mínimas, cuando la capitalización de los aportes de los afiliados y sus rendimientos financieros fueren insuficientes, y aquellos cumplan las condiciones requeridas para el efecto.
- k.** El control y vigilancia de las entidades administradoras de los fondos de pensiones corresponde a la Superintendencia Bancaria.

Pensión de vejez

La pensión de vejez en el régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, se reconocerá sin importar la edad, siempre y cuando el capital acumulado en la cuenta de ahorro individual de cada afiliado les permita obtener una pensión mensual, superior al 110% del salario mínimo legal mensual vigente a la fecha en que se quiera pensionar.

La cuantía de la pensión se define dependiendo del ahorro en la cuenta individual del afiliado, los rendimientos, del comportamiento

de las tasas de interés y de la edad en la que decida pensionarse el afiliado.

En este régimen si el afiliado a pesar de cumplir los requisitos para acceder a la pensión en los términos del inciso anterior, opta por continuar cotizando, el empleador estará obligado a efectuar las cotizaciones a su cargo, mientras dure la relación laboral, legal o reglamentaria, y hasta la fecha en la cual el trabajador cumpla sesenta (60) años si es mujer y sesenta y dos (62) años de edad si es hombre.

■ **Garantía de pensión mínima de vejez**

Los afiliados que a los sesenta y dos (62) años de edad si son hombres y cincuenta y siete (57) si son mujeres, no hayan alcanzado a generar la pensión mínima de que trata el artículo 35 de la ley 100 de 1993, y hubiesen cotizado por lo menos mil ciento cincuenta semanas (1.150), tendrán derecho a que el Gobierno Nacional, en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión.

Pensión de invalidez, sobreviviente y auxilio funerario

Las pensiones de invalidez, sobrevivientes y el auxilio funerario tienen la misma reglamentación del régimen solidario de prima media con prestación definida.

Modalidades de las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes.

A diferencia del régimen de ahorro individual cuando los afiliados o beneficiarios tienen derecho al reconocimiento de la pensión de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, deberán escoger una de las siguientes modalidades de

pensión, a elección del afiliado o de los beneficiarios, según el caso, para que de esta forma le sea pagada la pensión.

- **Renta vitalicia inmediata**

La renta vitalicia inmediata, es la modalidad de pensión mediante la cual el afiliado o beneficiario contrata directa e irrevocablemente con la aseguradora de su elección, el pago de una renta mensual hasta su fallecimiento y el pago de pensiones de sobrevivientes en favor de sus beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho. Dichas rentas y pensiones deben ser uniformes en términos de poder adquisitivo constante y no pueden ser contratadas por valores inferiores a la pensión mínima vigente del momento.

La administradora a la que hubiere estado cotizando el afiliado al momento de cumplir con las condiciones para la obtención de una pensión, será la encargada de efectuar, a nombre del pensionado, los trámites o reclamaciones que se requieran, ante la respectiva aseguradora.

- **Retiro programado**

El retiro programado es la modalidad de pensión en la cual el afiliado o los beneficiarios obtienen su pensión de la sociedad administradora, con cargo a su cuenta individual de ahorro pensional y al bono pensional a que hubiera lugar.

Para estos efectos, se calcula cada año una anualidad en unidades de valor constante, igual al resultado de dividir el saldo de su cuenta de ahorro y bono pensional, por el capital necesario para financiar una unidad de renta vitalicia para el afiliado y sus beneficiarios. La

pensión mensual corresponderá a la doceava parte de dicha anualidad.

El saldo de la cuenta de ahorro pensional, mientras el afiliado disfruta de una pensión por retiro programado, no podrá ser inferior al capital requerido para financiar al afiliado y sus beneficiarios una renta vitalicia de un salario mínimo legal mensual vigente.

Lo dispuesto en el inciso anterior, no será aplicable cuando el capital ahorrado más el bono pensional si hubiere lugar a él, conduzcan a una pensión inferior a la mínima, y el afiliado no tenga acceso a la garantía estatal de pensión mínima.

Cuando no hubiere beneficiarios, los saldos que queden en la cuenta de ahorro al fallecer un afiliado que esté disfrutando una pensión por retiro programado, acrecentarán la masa sucesoral. Si no hubiere causahabientes, dichas sumas se destinarán al financiamiento de la garantía estatal de pensión mínima.

- **Retiro programado con renta vitalicia diferida**

El retiro programado con renta vitalicia diferida, es la modalidad de pensión por la cual un afiliado contrata con la aseguradora de su elección, una renta vitalicia con el fin de recibir pagos mensuales a partir de una fecha determinada, reteniendo en su cuenta individual de ahorro pensional, los fondos suficientes para obtener de la administradora un retiro programado, durante el período que medie entre la fecha en que ejerce la opción por esta modalidad y la fecha en que la renta vitalicia diferida comience a ser pagada por la aseguradora. La renta vitalicia diferida contratada tampoco po-

drá en este caso, ser inferior a la pensión mínima de vejez vigente.

Pensión familiar

Es aquella que se reconoce por la suma de esfuerzos de cotización o aportes de cada uno de los cónyuges o cada uno de los compañeros permanentes, cuyo resultado es el cumplimiento de los requisitos establecidos para la pensión de vejez en el régimen de prima media con prestación definida o régimen de ahorro individual.

■ Pensión familiar en el régimen de ahorro individual con solidaridad

Los afiliados que cumplan los requisitos para adquirir el derecho a la devolución de saldos en el sistema de ahorro individual con solidaridad, es decir, cumplan la edad requerida por ley y el monto acumulado sea insuficiente para acceder a una pensión de vejez, podrán optar de manera voluntaria por la pensión familiar, cuando la acumulación de capital entre los cónyuges o compañeros permanentes sea suficiente para solicitar el reconocimiento de la pensión de vejez.

■ Pensión familiar en el régimen de prima media con prestación definida

Los afiliados que cumplan los requisitos para adquirir el derecho a la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez en el sistema de prima media con prestación definida, podrán optar por la pensión familiar, cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes obtengan la edad mínima de jubilación y la suma del número de semanas de cotización supere el mínimo de semanas requeridas para el reconocimiento de la pensión de vejez.

2. Sistema general de seguridad social en salud

Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. El Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Así mismo corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

El modelo de seguridad social salud se basa en veintidós principios de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del sistema, los cuales deben ser puestos en práctica en la prestación del servicio público de salud.

1. **Universalidad.** El S.G.S.S.S. cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
2. **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de S.G.S.S.S, entre las personas.
3. **Igualdad.** El acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional

de los derechos de los niños.

4. **Obligatoriedad.** La afiliación S.G.S.S.S, es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
5. **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral.
6. **Enfoque diferencial.** Este principio reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el sistema general de seguridad social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
7. **Equidad.** El sistema general de seguridad social en salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
8. **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
9. **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

- 10. Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
- 11. Progresividad.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
- 12. Libre escogencia.** El SGSSS asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
- 13. Sostenibilidad.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del sistema general de seguridad social en salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.
- 14. Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del S. G. de S. S. en S y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- 15. Descentralización administrativa.** En la organización del S. G. de S. S. en S la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
- 16. Complementariedad y concurrencia.** Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del S. G. de S. S. en S.
- 17. Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por

el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el sistema general de seguridad social en salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

- 18. Irrenunciabilidad.** El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.
- 19. Intersectorialidad.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
- 20. Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
- 21. Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al sistema general de seguridad social en salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

Integrantes del sistema general de seguridad social en salud

El sistema general de seguridad social en salud está integrado por:

- 1.** Organismos de dirección, vigilancia y control:
 - a.** Los Ministerios de Salud y de Trabajo.
 - b.** El consejo nacional de seguridad social en salud.

- c. La superintendencia nacional en salud.
- 2. Los organismos de administración y financiación:
 - a. Las entidades promotoras de salud (EPS).
 - b. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
 - c. El fondo de solidaridad y garantía.
- 3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.
- 4. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
- 5. Los beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud en todas sus modalidades.
- 6. Los comités de participación comunitaria “Copacos” creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

Características básicas del sistema general de seguridad social en salud

El sistema general de seguridad social en salud tiene las siguientes características:

- a. El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el sistema general de seguridad social en salud.
- b. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.
- c. Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud.
- d. El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de seguridad social-fondo de solidaridad y garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las entidades promotoras de salud.
- e. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras.
- f. Por cada persona afiliada y beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una unidad de pago por capitación - UPC - que será establecida periódicamente por el consejo nacional de seguridad social en salud.
- g. Los afiliados al sistema elegirán libremente la entidad promotora de salud. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
- h. Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- i. Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados

del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas.

- j.** Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad.
- k.** Las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.
- l.** Existirá un fondo de solidaridad y garantía que tendrá por objeto, garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema general de seguridad social en salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias.
- m.** Las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud cumplirán, de conformidad con la Ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente ley, la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta.
- n.** Las entidades territoriales celebrarán convenios con las entidades promotoras de salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada

entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el fondo de solidaridad y garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica.

- o.** La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el sistema general de seguridad social en salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

Régimen contributivo

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

En el régimen contributivo se afilian las personas que tengan capacidad de pago para realizar una cotización al sistema de seguridad social en salud. Todas las personas que tengan capacidad de pago deben afiliarse de forma obligatoria a este régimen como cotizantes, entre los cuales están:

- Las personas nacionales o extranjeros residentes en Colombia vinculadas mediante contrato de trabajo.
- Los servidores públicos.
- Los pensionados.
- Los trabajadores independientes.
- Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios,

impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio.

- Quienes tengan certificados de ingresos y retenciones que reflejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo.

Son también afiliados al régimen contributivo en salud los miembros del grupo familiar de las personas descritas anteriormente, en su calidad de beneficiarios.

Financiación del régimen contributivo

El régimen contributivo se financia con las cotizaciones obligatorias al sistema, los pagos moderadores y el impuesto CREE.

■ **Cotización:**

La cotización es una forma de financiamiento del régimen contributivo del sistema de Salud en el cual los afiliados a este régimen deben realizar una cotización obligatoria.

El monto de la cotización es del doce punto cinco por ciento (12.5%) del salario mensual devengado por el trabajador, de este 12.5 %, un 8.5 % debe ser pagado por el empleador y un 4 % debe ser pagado por el trabajador.

Para efectos de la cotización el empleador le descontara al trabajador el 4 % que le corresponde de su salario y realizara la cotización total con su parte al sistema, en el caso en que el empleador no realice el descuento al trabajador y no pague la cotización en los términos establecidos deberá pagar el 100 % de la cotización, con los respectivos intereses.

Para los pensionados la cotización al sistema es del doce por ciento (12%), que tiene que ser pagada en su totalidad por el pensionado.

A partir del 1o de enero de 2014, estarán exoneradas de la cotización al Régimen Contri-

butivo de Salud enunciado anteriormente, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, por sus trabajadores que devenguen hasta diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, como regla general y como excepción a esta regla se tiene a las personas naturales que empleen menos de dos (2) trabajadores, las entidades sin ánimo de lucro, así como las sociedades declaradas como zonas francas y quienes no hayan sido previstos en la ley de manera expresa como sujetos pasivos del impuesto sobre la renta para la equidad - CREE las cuales seguirán obligadas a efectuar las cotizaciones al régimen contributivo de Salud en los porcentajes enunciados anteriormente.

Así las cosas podemos concluir que se mantiene la obligación a cotizar al sistema de seguridad social todas los trabajadores dependientes que devenguen más de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Prestaciones del régimen contributivo

El régimen contributivo reconoce a sus afiliados dos clases de prestaciones, unas prestaciones asistenciales y unas prestaciones económicas.

• **Prestaciones asistenciales:**

Consiste en la prestación de los servicios en salud a los afiliados del régimen contributivo mediante un plan obligatorio de salud y los planes complementarios.

- El plan obligatorio de salud es el conjunto de servicios de atención en salud que tiene derecho los afiliados al sistema, permitiendo 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, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

- Panes complementarios en salud: Es una modalidad de prestación de los servicios de salud a través del pago de una prima, mejorando la prestaciones los servicios de salud, ampliando la cobertura del servicio, ampliando POS, y accediendo a una red preferencial entre otros. Para tener acceso a este plan el afiliado debe pagar una prima adicional.
- **Prestaciones económicas**

El sistema de seguridad social en salud no solo consiste en la prestación de los servicios de salud de los afiliados sino también reconoce las licencias de maternidad y paternidad, las incapacidades por enfermedades o accidente que no sean de origen laboral que presenten el afiliado cotizante.

El pago de la incapacidad es por un término de 180 días, realizado de la siguiente manera; Del día 3 hasta el día 89 se pagara un 66% (2/3) del ingreso base de cotización, del día 90 hasta el día 180, se pagara el 50% del ingreso base de cotización. Esta incapacidad debe ser pagada por el empleador al trabajar y después el empleador hará el respectivo recobro a la E.P.S.

De igual manera las mamás se les reconocen una licencia de maternidad, correspondiente a 14 semanas, por un valor total del 100 % del ingreso base de cotización. Para los padres también se reconoce una licencia de paternidad correspondiente a 8 días por un valor total del 100 % del ingreso base de cotización.

Administración del régimen contributivo

La administración del régimen contributivo en salud está a cargo de las entidades promotoras de salud que se encargan de la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y

de recaudar las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitalización - UPC - fijadas para el plan de salud obligatorio y trasladará la diferencia al fondo de solidaridad y garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las unidades de pago por capitalización mayor que los ingresos por cotización, el fondo de solidaridad y garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las entidades promotoras de salud que así lo reporten.

La unidad de pago por capitalización (UPC)

La Unidad de Pago por Capitalización (UPC) es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas. La UPC tiene en cuenta los factores de ajuste por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados a cualquiera de los regímenes vigentes en el país. (<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/Proyecto-POS-UPC.aspx>)

Régimen subsidiado en salud

El régimen subsidiado en salud es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley 100 de 1993.

El régimen subsidiado en salud tiene como fin financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar.

Para establecer que personas hacen parte de este régimen subsidiado, se creó un sistema de identificación de beneficiarios de subsidios “SISBEN”, el cual consiste en recaudar información socioeconómica actualizada y veraz de grupos poblacionales mediante la aplicación de unas normas, reglas y procedimientos establecidos para tal fin.

Recursos del régimen

El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales

- Los recursos del sistema general de participaciones en salud, SGPS,
- Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.
- Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.
- Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley.

2. Del Fondo de solidaridad y garantía,

Fosyga

- Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.

- El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- Recursos del presupuesto general de la nación.
- Las cotizaciones que hacen los patronos al fondo de solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del régimen subsidiado.
- Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

3. Otros

- Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.
- Los recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la ley 1393 de 2010.
- Los recursos de la contribución par fiscal de las cajas de compensación familiar.

Administración del régimen subsidiado

Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del fondo de solidaridad y garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el plan de salud obligatorio.

De los vinculados al sistema de seguridad social en salud

El sistema de seguridad social en salud contempla la posibilidad que existan personas que no

están afiliados al sistema de salud bien sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, las personas que se encuentren en esta situación tienen la condición de vinculados.

Esa obligación de la Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el sistema general de seguridad social en salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

Fondo de solidaridad y garantía

EL fondo de solidaridad y garantía, es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, se encarga de administrar los recursos de la compensación interna del régimen contributivo, los recursos del régimen subsidiado en salud y los destinados al seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. El fondo tiene las siguientes cuentas.

- a.** De compensación interna del régimen contributivo.
- b.** De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
- c.** De promoción de la salud.
- d.** Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.



Contexto legislativo aplicado



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Introducción

El estudio de la presente cartilla tiene como propósito que el estudiante identifique el bloque de constitucionalidad, el sistema de protección internacional de los derechos humanos, así mismo aplique los mecanismos constitucionales de protección del derecho a la salud dentro de un caso específico de vulneración del derecho a la salud, comprenda e interprete los fundamentos constitucionales del sistema general de seguridad social integral en conflictos generados en el reconocimiento de benéficos o prestaciones del sistema de seguridad social en salud.

Para lo cual se estudiarán los Fundamentos Constitucionales del Derecho a la Salud, los Mecanismos Constitucionales de protección del derecho a la salud, como lo son la acción de tutela, acción de grupo y acción popular, terminando con los pronunciamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud, en los problemas de atención de urgencias, historia clínica, consentimiento informado y Ley de talento Humano en salud.

Esto contribuirá a que el estudiante cuente con fundamentos para realizar aportes críticos y propositivos a la problemática que enfrenta el sistema de seguridad social en salud.

Recomendaciones metodológicas

Para una mejor comprensión y desarrollo de la presente cartilla se recomienda a los estudiantes:

- Leer el contenido de la cartilla con apoyo del glosario para entender los términos jurídicos que no sean de su conocimiento.
- Para lograr una mayor comprensión de los contenidos temáticos de la cartilla se deben apoyar en las lecturas complementarias en el siguiente orden:

- Semana 3:

Lectura 1: *El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana.*

Lectura 2: *Derechos humanos, justicia global y salud pública.*

Lectura 3: *La salud como derecho en Colombia. 1999-2007.*

Lectura 4: Sentencia T – 454 del 2008.

Lectura 5: Sentencia T – 062 del 2006.

Lectura 6: Sentencia T – 195 del 2011.

Lectura 7: Sentencia T – 1180 del 2008.

Lectura 8: Sentencia C – 756 del 2008.

- Semana 4:

Lectura 1: *Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: más allá del derecho a la salud.*

Lectura 2: *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud.*

- Se recomienda que el estudiante utilice y comprenda el video resumen el cual resume uno de los temas más importante vistos en la unidad, el cual se encuentra en la semana cuatro.
- Para el desarrollo del taller Los estudiantes deben realizar la lectura de por lo menos tres de las cinco sentencias de acción de tutela, (T – 195 de 2011, T - 454 de 2008, T – 1180 de 2008 y T 062 de 2006). Efectuada la lectura los estudiantes deben contestar las preguntas del taller. El taller se desarrollara en la semana tres.

Desarrollo temático

Contexto legislativo aplicado

En la presente unidad estudiaremos los aspectos más importantes del sistema normativo en salud.

Leyes

Ley 10 de 1990

Tema que trata: por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.

La ley 10 de 1990 reglamenta el servicio público de salud estableciendo que la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas.

De igual manera se fijan los principios básicos del servicio público de salud y se establece la organización y administración del servicio público de salud y prestación de servicios de salud por personas privadas.

Ley 60 de 1993

Tema que trata: “por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competen-

cias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

En la ley 60 de 1993 se establece la competencia de los municipios en el área de la salud conforme al artículo 49 de la Constitución Política para dirigir el Sistema Local de Salud, ejercer las funciones establecidas en el Artículo 12o de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4o y 6o de la misma ley; o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365o de la Constitución Política, la ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

Ley 152 de 1994

Tema que trata: por la cual se establece la Ley orgánica del plan de desarrollo.

El propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación,

ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el artículo 2 del Título XII de la constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.

Ley 100 de 1993 sistema de seguridad social en salud

Tema que trata: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

La ley 100 de 1993 reglamento el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia la cual estableció el sistema de seguridad social integral. Es la norma más importante del sistema de seguridad social. La ley 100 de 1993 se encuentra integrada de la siguiente manera.

■ Un título preliminar:

Hacen parte del título preliminar los artículos 1 al 9, en este articulado se establece los principios del sistema de seguridad social integral, el derecho a la seguridad social y del servicio público de seguridad social.

■ Libro primero.

El libro primero se encuentra integrado por el sistema general de pensiones, en el título primero se encuentra una parte general, en donde se describe el objetivo y las características del sistema. En el capítulo segundo se determina la afiliación al sistema de pensiones y en el capítulo tercero la obligación a cotizar el ingreso base de cotización de los trabajadores dependientes y de los independientes, así mismo el monto de la cotización y el ingreso base de la liquidación.

En el título segundo se reglamenta el régimen de prima media con prestación definida, con la pensión de vejez, pensión de invalidez, pensión de sobreviviente, mesada adicional y auxilio funerario, así mismo se estable las entidades que administran el régimen de solidaridad de prima media con prestación definida.

En el título tercero se establece el régimen de ahorro individual con solidaridad, con sus características y cuentas individuales, las modalidades pensionales para las pensiones de vejez, invalidez, sobreviviente. Se describen las entidades que administran el régimen de ahorro individual con solidaridad.

El título cuarto se encuentra las disposiciones comunes de los regímenes del sistema general de pensiones, como lo son los traslados entre regímenes y los bonos pensionales y la pensión familiar.

■ Libro segundo.

El libro segundo se encuentra el sistema general de seguridad social en salud, en el título primero se encuentra el objeto fundamentos y características del sistema, los afiliados al sistema, el régimen de beneficios y la dirección del sistema.

El título segundo se determina la organización del sistema general de seguridad social en salud, con las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas sociales del estado.

El título tercero se reglamenta la administración y financiación del sistema, con el régimen contributivo, los afiliados y beneficiarios, monto y distribución de las cotizaciones, la administración del régimen

contributivo las incapacidades y licencias de por maternidad. Se describe el régimen subsidiado, determinando los beneficiarios del régimen y la administración del régimen subsidiado.

■ Libro tercero.

En el libro tercero se encuentra el sistema general de riesgos laborales enunciado en parte las prestaciones económicas del sistema de riesgos laborales.

■ Libro cuarto.

En el libro cuarto se reglamenta los servicios sociales complementarios, como los servicios complementarios, los servicios complementarios para la tercera edad y el subsidio por desempleo.

■ Libro quinto.

Siendo el último libro se establecen las disposiciones finales del sistema de seguridad social integral.

Ley 80 de 1993

Tema que trata: por la cual se expide el estatuto general de contratación de la administración pública.

Esta norma determina las reglas y principios que rigen los contratos de las entidades estatales, para el sistema de seguridad social en salud es de interés por cuanto se determinar el derrotero que se debe seguir en la prestación del servicio público de salud y seguridad social.

Ley 124 de 1994

Tema que trata: por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.

Esta norma prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. Así mismo

determina que la persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición, será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los códigos nacional o departamental de policía.

Ley 361 de 1997

Tema que trata: por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.

La ley 361 de 1997 reglamenta los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Política de Colombia. El objeto de esta norma es lograr que el Estado garantice y vele para que en su ordenamiento jurídico no prevalezca discriminación sobre habitante alguno en su territorio, por circunstancias personales, económicas, físicas, fisiológicas, síquicas, sensoriales y sociales.

Esta norma es de gran importancia para las personas con limitación no sean discriminadas u gocen de un protección especial por parte del estado.

Ley 472 de 1998

Tema que trata: por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones.

La presente norma se aplica al sistema de seguridad social en salud por cuanto en ella se regulan las acciones constitucionales de grupo y popular las cuales se pueden aplicar en la defensa del derecho a la salud, estas acciones populares fueron desarrolladas en la unidad número 2 del presente módulo .

Ley 691 de 2001

Tema que trata: mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el

sistema general de seguridad social en Colombia.

La Ley 691 de 2001, La presente ley tiene por objeto reglamentar y garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del sistema de seguridad social en salud, aplicable a los pueblos indígenas de Colombia.

Ley 715 de 2001

Tema que trata: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud.

En esta norma regula el sistema general de participaciones, en ella se genera una participación con destinación específica para el sector salud, que se denomina participación para salud. Se determinan las competencias en salud por parte de la Nación y las entidades territoriales, así mismo cual es el destino de los recursos del sistema general de participaciones para salud.

Ley 745 de 2002

Tema que trata: por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.

La presente norma tiene por objeto sancionar a las personas que en presencia de menores de

edad consuma estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia.

Ley 762 de 2002

Tema que trata: por medio de la cual se aprueba la “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).

Esta ley tiene por objeto la eliminación de todas las Formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

Ley 972 de 2005

Tema que trata: por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.

La presente norma se estableció que el estado mediante el sistema de seguridad social en salud, debe garantizar el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas de acuerdo con las competencias y las normas que deben atender cada uno de ellos.

Ley 1122 del 2007

Tema que trata: por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

La ley 1122 del año 2007 fue la primera reforma estructural del sistema general de seguridad social en salud, el objeto de esta se centró en realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad

el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. A continuación describiremos algunos aspectos de la reforma:

De orden administrativa:

■ Se estableció la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de Salud (Artículo 3). Con funciones específicas determinadas en el artículo 7, como lo son:

- a. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado.
- b. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los planes de beneficios.
- c. Definir el valor de la unidad de pago por capitación de cada régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.

d. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

e. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.

f. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del régimen contributivo.

■ Se determinó que las entidades que administran el régimen subsidiado se denominarán Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS), (Artículo 14).

■ Se regulo la integración vertical patrimonial y de la posición dominante de las EPS, al estipular que Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. (Artículo 15)

■ Se reglamentó que las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las empresas sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las entidades promotoras de salud de naturaleza pública del régimen contributi-

vo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutoria y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Con esta norma se fortalece a red pública hospitalaria al obligar a las EPS a contratar con las E.S.E los gastos de salud, (Artículo 16)

- De los artículo 27 al 30, se dictan normas sobre el fortalecimiento administrativo y financiero de las E.S.E.

De igual manera la ley 1122 de 2007 fortaleció el régimen subsidiado de salud y modificó el régimen contributivo.

De orden financiero:

- Se establece que “Las decisiones de la comisión de regulación en salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el marco fiscal de mediano plazo.” (Parágrafo 3 del artículo 7)

En este artículo se puede determinar que se crean criterios de racionalización financiera, por cuanto las decisiones de la comisión de regulación en salud, tiene que ir acorde con el equilibrio financiero del sistema.

El artículo 11, modificó el artículo 214 de la ley 100 de 1993, en el cual se modificaron los recursos del régimen subsidiado.

- Se determina el flujo y protección de los recursos del sistema de salud, al determinar los criterios en que los actores responsables

de la administración, flujo y protección de los recursos deben acogerse.(Artículo 13)

Ley 1145 de 2007

Tema que trata: por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.

La ley 1145 de 2007 tiene como objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los derechos humanos.

Ley 1159 de 2007

Tema que trata: por medio de la cual se aprueba el “Convenio de Rotterdam para la aplicación del procedimiento de consentimiento fundamentado previo a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos, objeto de comercio internacional”, hecho en Rotterdam el diez (10) de septiembre de mil novecientos noventa y ocho (1998).

El objeto de la ley 1159 de 2007 tiene como objeto promover la responsabilidad compartida y los esfuerzos conjuntos de las partes en la esfera del comercio internacional de ciertos productos químicos peligrosos a fin de proteger la salud humana y el medio ambiente frente a posibles daños y contribuir a su utilización ambientalmente racional, facilitando el intercambio de información acerca de sus características, estableciendo un proceso nacional de adopción de decisiones sobre su importación y exportación y difundiendo esas decisiones a las partes.

Ley 1164 de 2007

Tema que trata: por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud.

La ley 1164 de 2007 tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Por talento humano en salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

Ley 1295 de 2009

Tema que trata: por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisbén.

La ley 1295 de 2009 tiene como objeto contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud.

Ley 1287 de 2009

Tema que trata: por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.

Mediante esta norma se establece las bahías de estacionamiento para personas con disca-

pacidad y se determinan las sanciones para los establecimientos que incumplan esta norma.

Ley 1384 de 2010

Tema que trata: “ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”.

La ley 1384 de 2010 tiene como objeto establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el sistema general de seguridad social en salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Ley 1388 de 2010

Tema que trata: por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.

El objetivo de la presente norma es disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin.

Ley 1392 de 2010

Tema que trata: por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del

Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.

El legislador con la ley 1392 del 2010 reconoció que las enfermedades huérfanas, representan un problema de especial interés en salud dado que por su baja prevalencia en la población, pero su elevado costo de atención, requieren dentro del SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al utilizado para las enfermedades generales, dentro de las que se incluyen las de alto costo; y unos procesos de atención altamente especializados y con gran componente de seguimiento administrativo.

Con esta norma se implementan las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que padecen este tipo de patologías, con el fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes, en condiciones de disponibilidad, equilibrio financiero, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, así como incorporar los demás componentes de la protección social, más allá de los servicios de salud, para pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral al abordaje y manejo de estas patologías.

Ley 1393 de 2010

Tema que trata: **por** la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la exclusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”

La ley 1393 tiene como objeto definir las rentas de destinación específica para la salud y se establecen los mecanismos para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud.

Ley 1438 del 2011

Tema que trata: **por** medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Esta norma es la segunda reforma estructural al sistema de seguridad social en salud, la ley 1438 del 2011 busco el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permitiera la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.

Se incluyeron disposiciones para establecer la unificación del plan de beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. A continuación describiremos algunos aspectos de la reforma.

De orden administrativo.

- Se amplían los principios de la seguridad social por cuanto en la ley 100 1993 eran 9 principios con la ley 1438 de 2011, se establecieron 21 principios del sistema general de seguridad social en salud. (Artículo 3).
- Se modificaron las competencias de la nación, de los departamentos y de los municipios en materia de salud subsidiada, (artículo 5).
- Se fortalece la salud pública, ordenándole al Ministerio Salud y Protección Social elaborará un plan decenal de salud pública a través de un proceso amplio de participa-

ción social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.(Artículo6). En aras del fortalecimiento de la salud pública se crea el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud, con las siguientes funciones (Artículo 9):

- a.** Hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento.
 - b.** Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia.
 - c.** Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.
 - d.** Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.
 - g.** Fortalecer el sistema de información epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.
 - h.** Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.
 - i.** Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la comisión de regulación en salud, o a la entidad que haga sus veces.
 - j.** Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.
- Se adopta como política la estrategia de atención primaria en salud constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.(Artículos 10 al 11)
 - Se crea una atención preferente y diferencial para la infancia y adolescencia a través del plan de beneficios, en donde se debe estipular, la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años. (Artículos 17 al 21).
 - Se determina la aplicación de la portabilidad nacional, en donde todas las entidades promotoras de salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. La portabilidad nacional fue reglamentada mediante el decreto 1683 de 2013 (Artículo 22).

- Se crea el mecanismo para fortalecer la universalidad del aseguramiento, de la siguiente manera (Artículo 32):
 - a. Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la entidad promotora de salud del régimen contributivo de su preferencia.
 - b. Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.
 - c. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.
- Se establece la Prohibición de limitaciones al acceso al servicio de salud, prohibiéndose aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios. (Artículo 53).
- Se determina un programa de fortalecimiento de hospitales públicos, en donde el Gobierno Nacional, podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención. (Artículo 69).
- Se crea una política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos, en cabeza del Ministerio de salud y Protección Social el cual definirá la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos, insumos y dispositivos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Artículo 86).
- Se establece la política de talento humano en salud, en marco de los postulados de trabajo decente de la OIT. (Artículo 97).
- Se determinó la Autorregulación profesional y la Autonomía profesional, por lo tanto el profesional de la salud puede emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión sin depender de las restricciones que dan las E.P.S a las cuales

se encuentren trabajando. (Artículos 105 al 106)

- Se establecen reglas de fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control del sistema general de seguridad social. (Artículos 118 al 135).

De orden financiero:

- Se determinó que el gobierno nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las entidades promotoras de salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos, así mismo se estableció que el plan de beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, se crea el comité técnico-científico de la entidad promotora de salud. (Artículos 22 al 28)
- Se establecen nuevas reglas de administración del sistema, se establecen los mecanismos de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado. (Artículos 22 al 28).
- Se establecen los recursos para el financiamiento de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención. (artículo 42).
- Se modifica impuesto social a las armas y municiones, así, el impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 20%. (artículo 48).

Del artículo 42 al 51, se crean nuevas formas de adquirir recursos para la financiación del sistema general de salud.

Se crea el fondo de salvamento y garantías para el sector salud (Fonsaet), como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo

objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las empresas sociales del estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Ley 1523 de 2012

Tema que trata: por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.

La ley 1523 del 2012 tiene como objeto establecer la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, así mismo determina el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

Ley 1562 de 2012

Tema que trata: por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.

La ley 1562 del 2012 tiene por objeto la modificación del sistema general de riesgos laborales, en especial determina los conceptos de accidente de trabajo y enfermedad laboral, el IBL de las prestaciones económicas, entre otras.

Ley 1616 2013

Tema que trata: por medio de la cual se expide la ley de salud mental.

El objeto de la ley 1616 del 2013, Es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Inte-

grada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud. En esta norma se establecen los derechos de la personas en el ámbito de la salud mental, se instituyen los criterios de la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, la forma en que se va realizar la atención integral e integrada en salud mental, así mismo se determinan las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental, se crea la atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes.

Ley 1751 de 2015

Tema del que trata: Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Determinantes sociales de salud: Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo: Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como

los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Prohibición de la negación de prestación de servicios: Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención I de urgencia. El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Prestaciones de salud: El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior. Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Autonomía profesional: Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo: Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Política Farmacéutica Nacional: El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prio-

ridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Decretos

Decreto 412 de 1992

Tema que trata: por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias.

El objeto del presente decreto fue la reglamentación de la atención inicial de urgencias, se estipuló la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias, así como las responsabilidades de las entidades de salud en la atención de urgencias y se ordenó la creación de los comités de urgencias en cada entidad territorial.

Decreto 2240 de 1996

Tema que trata: por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En la presente norma se establecen las medidas de seguridad que se deben tener en cuenta para prevenir e impedir la concurrencia de un hecho o la existencia de una situación que atenten contra la salud de las personas en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así mismo se estipula la suspensión o cancelación de la autorización de funcionamiento por haberse incurrido en conducta u omisión contrarias a las disposiciones sanitarias.

Decreto 2676 de 2000

Tema que trata: por el cual se reglamenta la

gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

El objeto del decreto 2676 de 200 fue reglamentar ambiental y sanitariamente, la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas.

Las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud a humanos y/o animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y/o dispongan finalmente los residuos hospitalarios y similares, deben cumplir con lo establecido en el presente decreto.

En este decreto se establecen clasificación de los residuos hospitalarios y similares, se fija la forma en que se debe realizar la gestión integral de residuos hospitalarios y similares y por último se prescriben las acciones a tomar en caso de accidente o emergencia.

Decreto 330 de 2001

Tema que trata: por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de entidades promotoras de salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.

El objeto del decreto 330 de 2001 es establecer los requisitos para la constitución y funcionamiento de entidades promotoras de salud, EPS indígenas.

Decreto 1538 de 2005

Tema que trata: por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997

El Decreto 1538 de 2011 tiene como objeto establecer los lineamientos para el acceso de las

personas con limitación a los espacios públicos.

Decreto 1011 de 2006

Tema que trata: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El decreto 1011 de 2006 establece sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS- como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Así mismo se determinan las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS, fija el sistema único de habilitación, como las condiciones de la habilitación de prestadores de servicios de salud y de las empresas administradoras de planes de beneficios -EAPB-. De igual manera se estipulan los programas y procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, y el sistema único de acreditación.

Decreto 3518 de 2006

Tema que trata: por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.

El decreto 3518 tiene como objeto crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de

las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Se estipulan los Responsables del sistema de vigilancia en salud pública, así como los procesos básicos de la vigilancia en salud pública que incluyen la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública. De igual manera de determina los pasos para el desarrollo y gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Decreto 4107 de 2011

Tema que trata: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El objeto del presente decreto es determinar el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-.

Decreto 1683 de 2013. Portabilidad nacional del SGSSS.

Tema que trata: por el cual se reglamenta la portabilidad nacional.

El decreto 1683 de 2013 reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 del 2011 el cual estipula la portabilidad nacional, en el presente decreto se determina las circunstancias en que las E.P.S deben asegurar el acceso de los servicios de salud en el territorio nacional, así mismo se establecen el procedimiento para garantizar la portabilidad nacional.

Resoluciones

Resolución 5165 de 1994

Tema que trata: por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.

La Resolución 5165 de 1994 tiene por objeto fijar los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos

Resolución 1995 de 1999 historia clínica

Tema que trata: por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

La resolución 1995 de 1999, se determinan las características de la historia clínica, señalando que los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas. De igual manera se describe el diligenciamiento de la historia clínica y La custodia de la historia clínica que estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo. Así mismo se fija que conservación de la historia clínica por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención, mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Resolución 412 de 2000

Tema que trata: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de

demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

El objeto de la presente resolución mediante se adoptar las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y administradoras del régimen subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Resolución 1446 de 2006

Tema que trata: por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

La resolución 1446 del 2006, tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita, realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el sistema general de seguridad social en salud y ofrecer insumos para la

referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

Resolución 425 de 2008

Tema que trata: por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial, y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales

La resolución 425 de 2008 tiene por objeto la definición de la metodología que deben cumplir las entidades territoriales para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas de obligatorio cumplimiento a cargo de las entidades territoriales.

Resolución 4502 de 2012

Tema que trata: por la cual se reglamenta el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional y se dictan otras disposiciones.

La presente resolución norma tiene por objeto la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Resolución 1441 de 2013

Tema que trata: por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

El objeto de la resolución 1441 de 2013, es establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el manual de habilitación que deben cumplir:

a. Las Instituciones prestadoras de servicios de

salud.

- b. Los profesionales independientes de salud.
- c. Los servicios de transporte especial de pacientes.
- d. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

Se fija como vigencia de la habilitación de 4 años a partir de la inscripción, vencido éste término se renovará automáticamente por periodos de un año, siempre y cuando realice la autoevaluación anual y ésta sea reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Resolución 5522 de 2013

Tema que trata: por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones.

La presente resolución tiene como objeto fijar el valor de la unidad de pago por capitación - UPC, del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2014.

Circulares

Circular 0044 de 2011

Tema que trata: alerta por caso confirmado de sarampión en Colombia.

Se establecen las recomendaciones para fortalecer las estrategias de vigilancia y salud pública respecto del evento de sarampión para minimizar el impacto epidemiológico social y económico.

Circular conjunta externa 008 de 2012

Tema que trata: alerta para la intensificación de la vigilancia epidemiológica y la atención del dengue y dengue grave.

La circular externa 008 de 2012, solicita agilizar con carácter prioritario el desarrollo de las acciones de promoción, prevención y protección del dengue.

Circular conjunta externa 009 de 2012

Tema que trata: fortalecimiento de la vigilancia, control y manejo de casos de Tosferina.

La circular externa 009 de 2012, por medio de la cual se imparten las instrucciones para mejorar la oportunidad en la identificación de los casos y posibles brotes de tos ferina.

Conpes

Conpes; 2793 de 1993 de Lineamientos Política envejecimiento y vejez.

Conpes; 3375 de 2005 de Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.

Conpes; 109 de 2007 de Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”.

Conpes; 3376 de 2005, Conpes 3458 de 2007, Conpes 3468 de 2007, de Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad por cadena productiva.

Conpes; 3550 de 2008 de Lineamientos para

la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.

Conpes; 113 de 2008 Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN.

Conpes; 140 de 2011 Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005 de Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio 2015.

Conpes; Social 155 de 2012 de Política Farmacéutica Nacional

Plan decenal de salud pública 2012 – 2021.

El plan decenal de salud pública es el primer plan decenal de salud pública que se pone en funcionamiento en Colombia, por cuanto la ley 1438 del 2011, estableció por primera vez un plan decenal de salud pública.

El plan decenal de salud pública 2012-2021, tiene los siguientes objetivos:

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.
- Lograr cero tolerancias frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Para el cumplimiento de estos objetivos se determinaron ocho dimensiones prioritarias y dos transversales. Entre las dimensiones prioritarias están:

1. Dimensión salud ambiental:

Busca el derecho a un ambiente sano, que favorezca y promueva la calidad de vida y salud de la población de presentes futu-

ras generaciones, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios, laborales, ocupacionales y ambientales, mediante los componentes de Hábitat saludable, Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales protección de la salud en los trabajadores.

2. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.

Tiene como objetivo el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial, mediante los componentes de Modos, condiciones y estilos de vida saludables, Condiciones crónicas prevalentes.

3. Dimensión convivencia social y salud mental.

Esta dimensión tiene por objetivo contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social, así mismo contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social y por ultimo disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir

la cronificación y el deterioro y mitigar daños evitables.

Estos fines se buscan mediante los componentes de promoción de la salud mental y la convivencia y prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia

4. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional.

El objetivo de la seguridad alimentaria y nutricional es garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial, mediante los componentes de, disponibilidad y acceso a los alimentos, consumo y aprovechamiento biológico e inocuidad y calidad de los alimentos.

5. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Tiene como objeto promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas., mediante los componentes de promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la equidad de género y prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

6. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles.

La dimensión de Vida saludable libre de enfermedades transmisibles busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible, a través de los componentes de enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, enfermedades inmunoprevenibles y enfermedades endemo-epidémicas .

7. Dimensión salud pública en emergencias y desastres.

El objetivo de esta es dimensión es promover la gestión del riesgo de desastres como práctica sistemática a fin de garantizar la protección de las personas, colectividades y el ambiente, para enfrentar y manejar situaciones de emergencia o de desastres de origen natural o antrópico, así como para adelantar la recuperación, aportando a la seguridad sanitaria, al desarrollo y al mejoramiento de las condiciones de la población, mediante el desarrollo de los componentes de gestión integral de riesgos en emergencias y desastres y respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.

8. Dimensión salud y ámbito laboral

El objetivo de esta es dimensión es ampliar cobertura en el sistema de riesgos laborales. Así como contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo de la población trabaja-

dora colombiana, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales, que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud y por último promover la salud de las poblaciones laborales vulnerables a riesgos ocupacionales, con enfoque diferencial, aunando esfuerzos para prevenir, mitigar y superar los riesgos de esta población, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación social en el nivel local, regional y nacional.

Estos fines se buscan mediante los componentes de seguridad y salud en el trabajo y situaciones prevalentes de origen laboral.

Entre las dimensiones transversales están:

1. Gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

El objetivo de esta dimensión transversal es orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de los planes territoriales de salud en lo que se refiere a la atención integral de niños, niñas y adolescentes, a través de herramientas que promuevan la acción sectorial e intersectorial para la disminución de brechas de equidad y ejercicio pleno de los derechos en especial el derecho a la salud, mediante los componentes de:

- Políticas públicas que favorecen el desarrollo y la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Movilización social y participación de niñas, niños y adolescentes para la exigibilidad de sus derechos.
- Desarrollo Integral de niñas, niños y adolescentes.
- Atención integral y diferencial de las niñas, niños y adolescentes en el entorno de los servicios de salud.
- Entornos saludables que favorecen el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.

2. Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Los objetivos de esta dimensión transversal son:

- Disminuir el riesgo primario en la población, es decir, la aparición de nueva morbilidad, evidenciada por la disminución de la incidencia de los eventos.
- Controlar el riesgo técnico, entendido como la disminución de los eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud, y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad evitable. Abogar en todos los escenarios políticos por el abordaje de los determinantes sociales en salud y sus beneficios para el desarrollo del país.

Estos fines se buscan mediante el componente de fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Referencias

- **Alexandrov, N.** (1996). *Teoría del estado y del derecho*. México D.F. Juan Grijalbo S.A.
- **Aftalion, E.** (2004). *Introducción al derecho*. Buenos Aires. Abeledo Perrot.
- **Cruz, Moises.** 2007. *Teoría General del Estado*. México D.F: Iure Editores.
- **Corte Constitucional.** (2011). Sentencia de Tutela 184 de 2011, M.P. Ernesto Vargas Silva. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-184-11.htm>
- **Corte Constitucional.** (2000). Sentencia C- 1490/00, M.P. Fabio Moron Díaz. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/C-1490-00.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia de Tutela 999 de 2008, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-999-08.htm>
- **Corte Constitucional.** (2009). Sentencia de Tutela 817 de 2009 M.P. Nilson Pinilla Pinilla. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-817-09.htm>
- **Corte Constitucional.** (2004). Sentencia de Tutela 666 DE 2004 M.P. Dr. Rodrigo Uprimny Yepes. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-666-04.htm>
- **Corte Constitucional.** (2010). Sentencia C-304/10 M.P. Dr. Luis Ernesto Vargas Silva. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-304-10.htm>
- **Corte Constitucional.** (1994). Sentencia T-576 de 1994, M.P. José Gregorio Hernández Galindo. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-576-94.htm>
- **Corte Constitucional.** (2000). Sentencia T-839 de 2000, Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero. Recuperado de: www.siamisderechos.org/banco/todo/T-839-00.rtf
- **Corte Constitucional.** (1998). T-395 de 1998. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). T-076 de 1999; Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-076-99.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). T-231 de 1999. M.P. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>

- **Corte Constitucional.** (1995). Sentencia No T-271 de 1995. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-271-95.htm>
- **Corte Constitucional.** (1993). Sentencia T-494 de 1993. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-494-93.htm>
- **Corte Constitucional.** (1997). Sentencias SU-111 de 1997; Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/su111-97.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). SU-039 de 1998. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU039-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-236 de 2000. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-236-00.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-395 de 1998. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-489 de 1998. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-489-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-560 de 1998. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-560-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). T-171 de 1999. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-171-99.htm>
- **Corte Constitucional.** (2001). Sentencia T-423/01 M.P. Jaime Cordoba Triviño. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-423-01.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia T-303 de 2008. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-271-95.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia 158a – 2008 magistrados ponentes DR. Rodrigo Escobar Gil. Recuperado de: www.unal.edu.co/.../Sentencia%20T-158A%20de%202008%20historia%20
- **Corte Constitucional.** (1999). Sentencia SU-337/99. Magistrado Ponente Alejandro Martínez Caballero. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm>Corte
- **Corte Constitucional.** (2005). Sentencia T-1229/05, Magistrado Ponente Jaime Araujo Rentería. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/T-1229-05.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia T-216/2008, Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-216-08.htm>
- **Corte Constitucional.** (2004). Sentencia de Tutela 706 de 2004, Magistrado Ponente, Dr. Jaime Araujo Rentería. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-706-04.htm>
- **Fernández, F.** (2001). Introducción al derecho, teoría general del derecho. Bogotá, Colombia: Temis.

- **Kelsen, H.** (2003). *Teoría pura del derecho*. México: Ed Porrúa.
- **Monroy, M.** (2006). *Introducción al derecho*. Bogotá, Temis.
- **Ramírez, J.** (2012). *Estructura del Estado*. Bogotá, Colombia: Librería Ediciones del Profesional Ltda.
- **Rousseau, J** (2000). *El contrato social o principios del poder político*: Quito-Ecuador, Ed Libresa.
- **Torres, A.** (2001). *Introducción al derecho, teoría general del derecho*. Bogotá, Colombia: Temis.

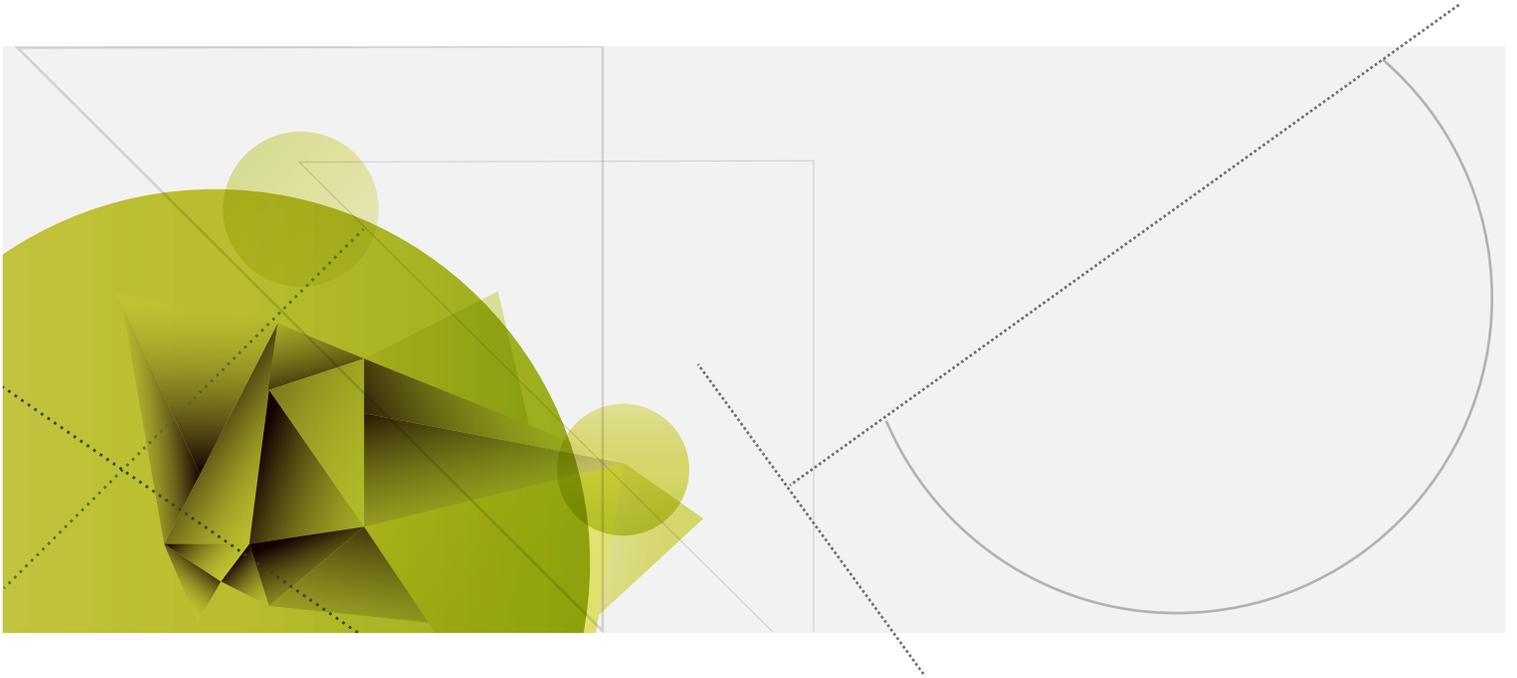
Bibliografía

- **Alexandrov, N.** (1996). *Teoría del estado y del derecho*. México D.F: Juan Grijalbo S.A.
- **Aftalion, E.** (2004). *Introducción al derecho*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- **Cruz, M.** (2007). *Teoría General del Estado*. México D.F: Iure Editores.
- **Corte Constitucional.** (2011). Sentencia de Tutela 184 de 2011, M.P. Ernesto Vargas Silva. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-184-11.htm>
- **Corte Constitucional.** (2000). Sentencia C- 1490/00, M.P. Fabio Moron Díaz. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/C-1490-00.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia de Tutela 999 de 2008, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-999-08.htm>
- **Corte Constitucional.** (2009). Sentencia de Tutela 817 de 2009 M.P. NILSON Pinilla Pinilla. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-817-09.htm>
- **Corte Constitucional.** (2004). Sentencia de Tutela 666 DE 2004 M.P. Dr. Rodrigo Uprimny Yepes. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-666-04.htm>
- **Corte Constitucional.** (2010). Sentencia C-304/10 M.P. Dr. Luis Ernesto Vargas Silva. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-304-10.htm>
- **Corte Constitucional.** (1994). Sentencia T-576 de 1994, M.P. José Gregorio Hernández Galindo. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-576-94.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-395 de 1998. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). T-076 de 1999; Recupera de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-076-99.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). T-231 de 1999. M.P. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1995). Sentencia No T-271 de 1995. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-271-95.htm>
- **Corte Constitucional.** (1993). Sentencia T-494 de 1993. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-494-93.htm>
- **Corte Constitucional.** (1997). Sentencias SU-111 de 1997; Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/su111-97.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). SU-039 de 1998. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU039-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-236 de 2000. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-236-00.htm>

Bibliografía

- **Corte Constitucional.** (1998). T-395 de 1998. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-395-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-489 de 1998. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-489-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1998). T-560 de 1998. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/t-560-98.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). T-171 de 1999. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-171-99.htm>
- **Corte Constitucional.** (2001). Sentencia T-423/01 M.P. Jaime Córdoba Triviño. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-423-01.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia T-303 de 2008. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-271-95.htm>
- **Corte Constitucional.** (1999). Sentencia SU-337/99. Magistrado Ponente Alejandro Martínez Caballero. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm>
- **Corte Constitucional.** (2005). Sentencia T-1229/05, Magistrado Ponente Jaime Araújo Rentería. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/T-1229-05.htm>
- **Corte Constitucional.** (2008). Sentencia T-216/2008, Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-216-08.htm>
- **Corte Constitucional.** (2004). Sentencia de Tutela 706 de 2004, Magistrado Ponente, Dr. Jaime Araújo Rentería. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-706-04.htm>
- **Fernández, F.** (2001). *Introducción al derecho, teoría general del derecho*. Bogotá, Colombia: Temis.
- **Kelsen, H.** (2003). *Teoría pura del derecho*, Mexico: Ed Porrúa.
- **Monroy, M.** (2006). *Introducción al derecho*. Bogotá, Temis.
- **Ramírez, J.** (2012). *Estructura del Estado*. Bogotá, Colombia: Librería Ediciones del Profesional Ltda.
- **Rousseau, J.** (2000). *El Contrato Social ó Principios Del Poder Político*: Quito-Ecuador, Ed libresa.
- **Torres, A.** (2001). *Introducción al derecho, teoría general del derecho*. Bogotá, Colombia: Temis.

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO