

## RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DEL ESTADO FRENTE A LA COBERTURA DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y ARGENTINA

Colciencias tipo 2: artículo de reflexión

Recibido: Diciembre 15 de 2018; Aceptado:

Marcela Peña Gonzalez, Abogada.

pena.marcela1@gmail.com

Estudiante de Especialización en Derecho Administrativo

**Resumen:** El tránsito y reconocimiento del Derecho a la Salud como un derecho fundamental, genera para los Estados una carga impositiva que está relacionada con la garantía del acceso, la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios en salud; esta carga trae consigo una serie de obligaciones que las institucionalidad debe estar en capacidad de cumplir, bajo el entendido que su omisión pone en riesgo la vida e integridad de las personas.

La Responsabilidad administrativa de los Estados se centra en enfocar esfuerzos con el fin de fortalecer la capacidad instalada del sistema de salud en los países, toda vez que se hace necesario contar no solo con infraestructura y personal idóneo, sino también con una estructura institucional que este en capacidad de brindarle una respuesta oportuna para que no se cometa ninguna negligencia u omisión, que acarre procesos de reparación directa por responsabilidad de un agente estatal.

**Palabras Claves:** Derecho a la salud, PIDESC, Cobertura integral, responsabilidad estatal

Durante el último siglo los derechos humanos han adoptado un papel cada vez más preponderante. El sistema legislativo internacional de los derechos humanos es un sistema indivisible e interdependiente, articulado a través de 3 instrumentos centrales: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) adoptado en 1966, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) adoptado en el mismo año. El derecho a la salud, objeto de interés, se encuentra incluido en este último pacto; el cual es un conjunto de derechos positivos que para su cumplimiento demanda de otros derechos, que pueden estar sujetos a la percepción y capacidad económica de los Estados para la satisfacción de los titulares de derecho.

El artículo 12 afirma en relación al derecho a la salud, *"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*; adoptando una serie de medidas para su plena efectividad, como lo son la reducción de la mortalidad natal e infantil, el mejoramiento de la higiene del trabajo y el medio ambiente, la prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, y la creación de condiciones para asegurar asistencia y servicios médicos (OHCHR, 1966).

El concebir la salud como un derecho humano fundamental, inclusivo e indispensable para que todo ser humano pueda vivir dignamente; implica para los Estados tras su

ratificación, una serie de obligaciones legales, básicas y específicas para su respeto, protección y cumplimiento; y por ende, su realización progresiva. Una progresividad, que estará velada y condicionada por los principios de disponibilidad, accesibilidad (no discriminación, física, económica, información), aceptabilidad y calidad; así como por una serie de factores determinantes básicos de la salud, dentro de los cuales se encuentran el agua potable, los alimentos, la vivienda, la educación o la igualdad de género por mencionar algunos (OHCHR, 2018, 3; CDESC, 2000).

A la par, del artículo 12 del PIDESC se cuenta con toda una serie de instrumentos de derecho internacional que hacen referencia al derecho a la salud, como lo son:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): artículo 25 propende por un nivel de vida adecuado donde se asegura la salud.
- Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre (1948): artículo 11.
- Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965): artículo 5.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966): artículo 11.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979): artículo 11, 12 y 14.
- Protocolo de San Salvador adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988): artículo 10 y 19.
- Convención sobre los derechos del niño (1989): artículo 24.

- Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares (1990): artículo 28, 43 y 45.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006): artículo 25.
- Observación General No. 14 de Naciones Unidas (2000): derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, retomando el artículo 12 del PIDESC reconoce la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos, donde los Estados tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales.

*Derecho a la salud en Argentina: el respaldo del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*

El derecho a la salud en la Argentina ha tenido un amplio recorrido a nivel constitucional, pasando de ser un derecho implícito en 1853, a centrarse en 1949 en la salud de los trabajadores mediante un Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la Seguridad Social, donde la salud pasó a ser una cuestión de Estado, cuya responsabilidad no debía centrarse en sociedades filantrópicas. Sin embargo, ha sido la Constitución Nacional de 1994 en el inciso 22 del artículo 75, quien más ha contribuido a su comprensión y reconocimiento desde diferentes enfoques y dimensiones; ya que es aquí, donde de manera implícita y explícita se relaciona el derecho a la salud en función de los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos, así como en algunas constituciones provinciales; convirtiendo al Estado en garante de un sistema de salud adecuado, que versa sobre los derechos de sus titulares y la colectividad como

un asunto de salud pública (Ministerio de Salud de la Nación, 2012; Bonpland, 2017; Trucco, 2017).

El sistema Nacional del Seguro de Salud creado mediante la Ley 23.661 de 1988, se encuentra comprendido en 2 dimensiones y tres sub-sectores; distinguiendo el ámbito nacional a través del Estado representado por el Ministerio de Salud, el Consejo Federal de Salud (COFESA) y el Congreso, encargados de regular y legislar, y el ámbito provincial y municipal comprendido por las Secretarías de las 24 provincias, responsables de la atención. En cuanto a los sub-sectores por tradición se distingue el público (limitada capacidad de pago o sin cobertura), la Seguridad Social (trabajadores) y el privado (contribución voluntaria a un plan de salud), quienes deben de prestar especial atención a niños, mujeres, ancianos y personas con discapacidad.

Previo a su conformación como Sistema, fue en 1986 cuando Argentina ratificó el PIDESC y en 2011 ha ratificado el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PF-PIDESC), lo cual es importante de mencionar, porque abre nuevos espacios para que de manera individual o colectiva se puedan presentar ante el Comité DESC casos de violaciones, previo agotamiento de todos los recursos a nivel interno, que requieran un procedimiento de comunicación, investigación o reclamación.

El énfasis en los recursos internos, llevan a centrarse en la legislación existente en la materia en el Estado argentino. Por lo que se debe de reconocer, una amplia legislación específica en función de los principales colectivos que se encuentran en mayor riesgo de exclusión o en situación de pobreza, producto de la interdependencia entre

diferentes derechos que aportan a la salud como lo pueden ser alimentación, vivienda o trabajo; así como en relación a los principales padecimientos, los cuales pretenden ser abordados desde un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas en salud.

Si bien, a nivel nacional se rigen por la Constitución Nacional mediante los tratados ratificados, a nivel provincial existe la autonomía para introducir variaciones en las Constituciones Provinciales que actúan como leyes específicas para garantizar el cuidado y bienestar de las personas. Ello, representa un reto en relación al cumplimiento y articulación entre lo nacional y lo provincial, ante la posibilidad de generar diferencias en relación a quien debe de actuar como garante, ya que constitucionalmente es sobre las provincias que recae la responsabilidad de la conducción y gestión sanitaria territorial (Ministerio de Salud de la Nación, 2012; Trucco, 2017).

Algunas de estas disputas han encontrado eco mediante la definición de mecanismos para garantizar establecimientos, bienes, servicios, programas e información en cuanto al derecho a la salud, a través de la jurisprudencia<sup>1</sup> dictada por la Corte Suprema de Justicia. Su rol central, mediante la reforma de 1994, se encuentra en dar inicio a la constitucionalización del derecho a la salud, que no es concebido como un derecho meramente teórico, y donde el Estado tiene la obligación impostergable de procurar su satisfacción realizando inversiones para tal fin (Canosa, 2017; Ariza, 2004).

---

<sup>1</sup> Algunas de los principales fallos son: Fallo 306:1907, Fallo 308:1392, Fallo 310:112, Fallo 316:479, Fallo 321:1684, Fallo 323:3215, Fallo 324:3571 o Fallo 323:1339, en relación a la atención y protección de niños, población con VIH/SIDA, actividad médico-asistencias y prestaciones en los centros de atención en salud.

La crisis económica y financiera vivencia en 2001 ha actuado como reverso, limitando cumplir la cobertura universal en salud, y dejando por fuera de su atención a cerca de 15.000 argentinos, pese a la diversidad de programas y centros de atención generados durante el presente siglo; que tratan de ser asumidos en conjunto con el cumplimiento del objetivo número 3 “Salud y Bienestar” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

Previamente durante 2008, 2012 y 2017 el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha brindado informes en relación al cumplimiento de los DESC, encontrando en relación a la salud (Consejo de Derechos Humanos 2017 I, 2017 II, 2012):

- Existe una desigual distribución presupuestal entre provincias, que limitan la calidad, accesibilidad y atención en salud.
- No se ha concretado el enfoque de integración a la comunidad propuesto para las personas con problemas de salud mental, quienes continúan en internamiento.
- El principal motivo de fallecimiento de las personas privadas de la libertad es la falta de atención, por lo que se debe de garantizar la Atención Primaria en Salud.
- La salud sexual y reproductiva es una nota pendiente. Las campañas en educación sexual, los protocolos de atención y el acceso a métodos anticonceptivos, no han logrado disminuir los embarazos a temprana edad. Pese al fallo de la Corte para la interrupción del embarazo en las condiciones permitidas por la ley, este no se aplica de manera uniforme, y son muchas las mujeres que abortan de manera ilegal, aumentando el riesgo de mortalidad materna.

*Derecho a la Salud en Colombia: conexidad, fundamento y tutela*

La Constitución Política de 1991 en el capítulo II reconoció a la salud como un DESC, como un derecho fundamental para los niños en el artículo 44, y como un servicio público obligatorio en los artículos 48, 49, 53, y de competencia descentralizada de los departamentos y municipios en los artículos 300, 356, 357 y 359. Puntualmente el artículo 49 afirma: *“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”* (Constitución Política de Colombia, 1991).

Para su cumplimiento, al Estado le corresponde la organización, dirección y reglamentación para su prestación desde los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad<sup>2</sup>; diferenciando a su vez, las competencias de la Nación, entidades territoriales, y particulares, especialmente cuando su prestación corresponde a entidades privadas, y se demanda la participación de la comunidad.

Si bien, su organización es descentralizada, las tres ramas del poder se vinculan de la siguiente manera: I. Legislativo encargado del diseño del sistema de salud, y su posterior regulación mediante las Leyes 60 de 1993, 100 de 1993 y 1751 de 2015, que en conjunto representaron el desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política; II. Ejecutivo encargado de la financiación para la prestación de los servicios de salud; y III. Judicial encargado de proteger y garantizar el derecho mediante la acción de tutela, las políticas públicas, y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. (Barrera, 2017; Ministerio de Salud, 2017).

---

<sup>2</sup> Según Cardenas (2013, 203) los 3 principios que soportan la SGSS fueron definidos por la Corte Constitucional en la Sentencia C-463/20008. La universalidad responde a su cobertura sin discriminación alguna, la solidaridad promueve la ayuda mutua sin distinción del sector económico y orden generacional, y la eficiencia al mejor uso y maximización de los recursos financieros disponibles.

Conforme a las funciones que han sido designadas para cada rama del poder público con el objetivo de actuar de manera organizada. Barrera, objeto de dicha apreciación al considerar que el sistema de salud en Colombia ha funcionado históricamente de manera fragmentada para la prestación de servicios de salud, las cuales han permanecido y cambiado en el mismo al afirmar: *“Coexistieron en un principio la asistencia pública, la caridad y la atención médica privada, luego la previsión y la seguridad social, y hoy en día la racionalidad del mercado apunta hacia una mayor privatización de los servicios a través del aseguramiento”* (2017, 27). Las diferentes fases y modelos de salud han sido característicos de las múltiples reformas en la mayoría de países latinoamericanos desde 1924, y que alcanzaron su punto más álgido en la década de los 90 con la reorientación de las políticas sociales donde la ineficiencia y desigualdad en la prestación de los servicios por parte de los Estados, ameritaba su delegación a privados, disminuyendo de manera considerable su responsabilidad (Procuraduría General de la Nación, 2008; Hernández, 2000).

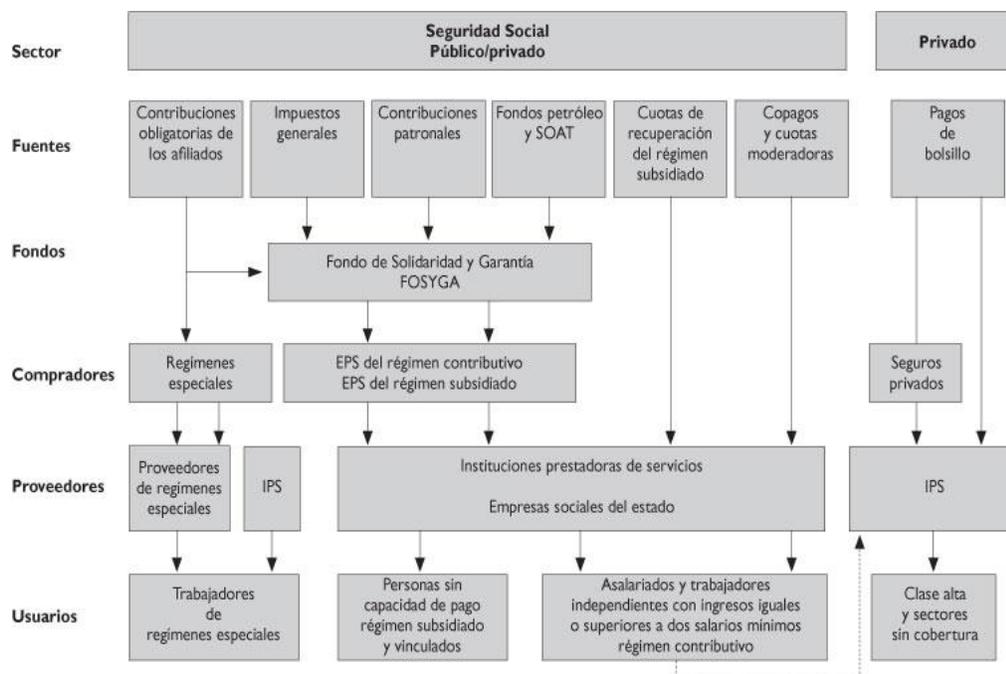
Según Espinosa (2013) la reorientación del sistema de salud en Colombia puede ser resumida en dos enfoques antagónicos: la salud como “sistema” asociada a la prestación de un servicio en un modelo neoliberal que privilegia la relación costo-beneficio propia de un negocio, en función de la capacidad de pago del beneficiario que determina la efectividad de la cobertura; y la salud como “derecho” donde se rescata la dignidad humana en un Estado Social de Derecho, que tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, educativos y acceso a servicios públicos.

Ante la tensión existente por definir el sistema de salud nacional más apropiado, en 1993 se adopta la Ley 100 *“Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y otras disposiciones”*. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el encargado de articular y adoptar leyes y políticas orientadas a la regulación del servicio, las condiciones de acceso, y la garantía para la promoción, protección y recuperación en salud.

Este, es un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que bajo un modelo de pluralismo estructurado, descentralizó el sistema para generar capacidades de gestión en los municipios y responder a las particularidades de cada territorio y comunidad, formalizó la privatización del sistema sanitario para una mayor calidad, eficiencia y equidad de los servicios de salud, centro la gestión y articulación del sistema en el Plan Obligatorio de Salud (POS), un paquete básico de servicios de salud para los beneficiarios que reúnen servicios, procedimientos, medicamentos, mediante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas; y estableció un modelo mixto de aseguramiento, mediante un régimen contributivo (contrato de trabajo, pensionados, capacidad de pago) o subsidiado (personas en situación de vulnerabilidad y sin capacidad de pago que son focalizadas a través del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios (SISBEN), y cuyo pago es asumido con fondos fiscales o solidarios), adicionalmente se cuenta con un régimen especial (trabajadores de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, ECOPETROL, magisterio, universidades públicas)<sup>3</sup> (Ver gráfico 1).

---

<sup>3</sup> La Ley 100 de 1993 representó una reorganización sectorial basada en un modelo de competencias para el sistema de salud, alrededor de la dirección y regulación liderada por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), su administración financiera a través del Fondo de Solidaridad y Garantías



**Gráfico 1.** Sistema de salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993.

(Autores: Guerrero, Gallego, Becerril, Vásquez, 2011).

(FOSYGA), su apertura hacia la reguación del mercado como alternativa a la administración de la seguridad social existente, materializada en una prestación de servicios abierta a la oferta privada y el reacomodo de la oferta pública. Ello, permitió la reconfiguración del sistema de salud alrededor de los siguientes actores (Procuraduría General, 2008; Restrepo, Rodríguez, 2005):

*Entidades Promotoras de Salud (EPS):* de naturaleza privada, pública o mixta asumen la función de articuladoras e intermediarias entre los dos regímenes. Son las responsables de la afiliación obligatoria, registro, carnetización y recaudo de las cotizaciones por parte de los afiliados; las cuales se expresan posteriormente en la organización y garantía para la prestación del POS en el régimen contributivo y subsidiado.

*Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):* entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias encargados de prestar la oferta de servicios médicos (hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención) por contratación de las EPS, los cuales pueden estar integrados o no a las mismas.

*Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud (FOSYGA):* recibe de las EPS los fondos aportados por la cotización de los afiliados, y posteriormente aporta a las mismas anualmente un valor per cápita por cada beneficiario (el valor se define según edad, sexo y ciudad) denominado Pago por capitación (UPC).

Su puesta en práctica, evidenció vacíos para las administraciones siguientes que aún se mantienen como lo es el acceso, la prestación, la financiación o el control. Un nuevo intento, se llevo a cabo en 2011 con la Ley 1438, que tenía como objetivo central prestar bienestar y poner al usuario en el centro de las políticas en salud (Barrera, 2017; Bernal y Barbosa, 2015; Parra-Vera, Ely, 2013; Ley 1438 de 2011; León 2011, Procuraduría General de la Nación, 2008).

Actualmente, el derecho a la salud se encuentra garantizado, regulado y protegido mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015 *“Por medio de la cual se Regula el Derecho Fundamental a la Salud y se Dictan Otras Disposiciones”*, dentro de la cual se hace referencia a la salud en el artículo 2: *“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”*. Si bien, Colombia ratifico el PIDESC en 1986, es importante resaltar de la presente definición, el intento por enfatizar la obligatoriedad del Estado para su garantía, protección y progresividad; así como la ampliación de los sujetos de especial protección, reconociendo en el artículo 11 a niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes, desplazados, víctimas de la violencia y el conflicto armado, adulto mayor, personas con condición de discapacidad y personas que sufren de enfermedades huérfanas.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, encuentra entre sus raíces la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Durante los últimos 20 años ha dictado sentencias<sup>4</sup> que reconocen

---

<sup>4</sup> Entre las principales sentencias emitidas por la Corte Constitucional se encuentran la T-597/03, T-227/03, T-859/03, T-025/04, T-016/07, T-060/07, T-148/07, T-811/07, T-760/08, T-463/08, T-313/14, las cuales en conjunto reúnen el derecho a la salud como un derecho fundamental que garantiza la dignidad y el plan de vida de toda persona, el principio de conexidad con otros derechos, especialmente a la vida, legitima la tutela como mecanismo de exigibilidad para los sujetos de especial protección, o su cobertura mediante la implementación y asignación presupuestal al Plan Obligatorio de Salud (POS).

el valor progresivo<sup>5</sup> del derecho a la salud; así como la dimensión subjetiva y objetiva del derecho, donde toda persona como titular de derecho y con status jurídico-constitucional puede exigir su prestación al Estado, el cual debe de formular políticas públicas para su garantía y satisfacción real y efectiva (Ministerio de Salud, 2017). Sus avances, permitieron también superar el plano fundamental y asistencial de la salud, para ser considerada como un derecho inherente y *per se* (Pretel, 2017; León, 2011; Defensoría del Pueblo, 2003).

La evolución del derecho a la salud como derecho y servicio público, es claramente palpable en los pronunciamientos y sentencias de la Corte Constitucional, cuyo conjunto aboga por la superación del estado de cosas inconstitucionales asociadas al diseño, reforma, modificación, ejecución y apropiación de políticas, planes, programas, prácticas, procedimientos, y recursos.

Durante la primera década tras la formulación de la nueva Constitución Política, los pronunciamientos giraban alrededor de su conexidad con el derecho a la vida; sin embargo, no sería hasta la década siguiente cuando sus pronunciamientos fueron más categóricos como derecho social fundamental, asociado también al elevado número de tutelas presentadas. Hechos que marcarían desde 2008 con un activismo judicial para la protección de este derecho fundamental que estaba cargando el sistema judicial, desviando el presupuesto público que se debía de invertir en salud, y aumentando la dificultad para atender y subvencionar a quienes menos capacidad de pago tienen.

Algunas sentencias que han representado hitos, son:

---

<sup>5</sup> La Corte Constitucional ha afirmado que desde la dimensión objetiva que le compete al Estado, el sistema de salud debe de cumplir tres condiciones básicas: I. Existencia de un programa de acción estructurado, II. Acciones reales y tiempos oportunos para la garantía del goce efectivo de la salud, y III. Participación democrática en el ciclo de la política pública en salud.

*Sentencia T-597/1993:*

Hasta entonces la salud era concebida como un derecho prestacional, siendo esta sentencia el primer precedente donde se reconoció su conexidad con el derecho a la vida, elevando su carácter a derecho fundamental. Por ende, atender contra la salud de una persona, representa atender contra la vida misma de esta y su dignidad.

La salud es un estado variable que incide sobre la vida de las personas, y donde el Estado debe de proteger un mínimo vital a través de toda la red del sistema de salud, ya que de lo contrario podría incurrir en una injusticia social.

*Sentencia SU-225/1998:*

Pese a estar consagrado en la Constitución Política de 1991, existe un núcleo esencial de los derechos prestaciones (salud, educación, seguridad social, entre otros) para la satisfacción de las necesidades básicas de los niños y niñas, los cuales tienen prevalencia sobre los derechos de los demás, y es un derecho fundamental autónomo que puede ser aplicado de manera directa e inmediata por parte de un juez, contra las acciones de autoridades públicas y particulares.

Es importante considerar que también se ha pronunciado en conjunto a la población sujeta de especial protección, quienes deben de contar con un trato preferencial.

Según, el artículo 13 de la Constitución Política esta población son *“aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentra en circunstancia de debilidad manifiesta”*. Incluyendo a niños y niñas, adolescentes, adultos mayores (Sentencia T-790/2012), disminuidos física, síquica y sensorialmente (Sentencia T-1093/2008), madres cabeza de familia, mujeres

gestantes y lactantes (Sentencia T-322/2000), comunidades étnicas, defensores de derechos humanos, personas privadas de la libertad (Sentencia T-355/2011), enfermos de VIH/SIDA (Sentencia T-1234/2004), personas en situación de desplazamiento forzada (Sentencia T-025/2004), y personas en extrema pobreza.

*Sentencia T-025/2004:*

Recoge la declaratoria del estado de cosas institucionales sobre la población desplazada, al ser uno de los colectivos que enfrentan mayores riesgos de protección a causa de la violencia y la institucionalidad, quedando inmersos en una exposición másiva, prolonga y reiterada a la violencia y la precariedad que atentan contra su calidad de vida.

A su vez, recoge las leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y circulares que han sido dictadas para su especial atención: Ley 387 de 1997, el Decreto 59 de 1997, entre otros.

*Sentencia C-811/2007:*

Reconoce la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. Esta sentencia, evidencia las consecuencias de la exclusión del régimen de salud para la pareja de una persona homosexual, manifiestas como un déficit de protección y la vulneración del derecho a la dignidad humana, ya que la decisión esta influenciada por la orientación sexual.

Para ello, se requiere por parte del Estado de acciones afirmativas de protección para los grupos sociales tradicionalmente discriminados, en este caso el principio de igualdad con respecto a la libre opción sexual.

*Sentencia T-016/2007:*

Reconoce que todos los derechos constitucionales son fundamentales, y por ende, deben de ser garantizados a todos los seres humanos. Adicionalmente, su garantía efectiva como derecho fundamental descansa sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y no de cómo se hace efectivo en la práctica, recordando la doble connotación de la salud como un derecho constitucional y un servicio público. *“La fundamentalidad de los derechos no depende -ni puede depender- de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica”.*

*Sentencia T-760/2008:*

Revisión de 22 acciones de tutelas individuales, que en su conjunto representaban violaciones a las obligaciones del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud. Estas eran recurrentes a causa de las problemáticas estructurales existentes en diferentes niveles del sistema de salud público, que debían de ser modificadas por el Ministerio y los organismos en materia de salud en el país a la luz de la Observación General No. 14 de Naciones Unidas.

Su conjunto, es significativo por tres elementos: pretende corregir las fallas estructurales del sistema de salud en el país para garantizar un acceso efectivo a los servicios que se requieren para conservar la salud, imparte ordenes más cercanas a políticas públicas que a dictámenes judiciales, pero sobre todo reafirma el derecho a la salud como un derecho fundamental.

Al respecto, es importante mencionar que existe desde 2009 una Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia, encargada de realizar su supervisión y las audiencias

públicas para su seguimiento. El abordaje gira alrededor de las principales fallas de regulación identificadas en cuatro grupos: I. Planes de beneficios, II. Sostenibilidad financiera y flujo de recursos, III. Derechos y deberes de los pacientes, y IV.

Cobertura universal del sistema; recogidas en 16 órdenes específicas solicitadas: cobertura universal, contenido y actualización de los Planes de Beneficio, unificación del POS para el régimen subsidiado y contributivo, programa para población sujeto de especial protección, generación de informes con la identificación de los servicios prestados y denegados más frecuentes por las EPS e IPS, procedimientos de cobros y reembolsos, entre otras (Corte Constitucional, 2014).

Pese a que dichas disposiciones, demandaban claramente que deben de ser todos los actores del SGSSS quienes se adapten para su cumplimiento de manera progresiva; a la fecha representa todo un desafío, teniendo en cuenta las vulneraciones existentes en el tiempo para cerca de 44 millones de colombianos.

El principal instrumento para contrarrestar los efectos que impiden la garantía y satisfacción del derecho a la salud, es la acción de tutela, mecanismo de acción consagrado por la Constitución política en el artículo 86 para la protección de los derechos constitucionales, afirmando: *“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí mismo o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”*.

Desde 2008, mediante la sentencia T-760/08, cada año más de 100.000 personas interponen una tutela, como una forma alternativa de acceder a su derecho a la salud, reclamando principalmente la negación o ausencia para el acceso al POS por parte de las EPS.

Cabe recalcar la importancia de esta sentencia, al haberse convertido en una de las principales herramientas no solo para los sujetos de especial protección, sino para toda persona o colectivo cuyo derecho haya sido violentado, y compilado en las 22 sentencias de tutela. Un conjunto de los principales problemas sistémicos en el acceso a la salud y la regulación del sistema, que impuso al Estado un conjunto de órdenes para su adecuado funcionamiento desde la igualdad, la promoción de espacios de participación, y el intento por disminuir el número de ciudadanos que ven la tutela como último recurso para el acceso (Parra-Vera, Ely, 2013).

A la par de las medidas adoptadas por la vía legislativa que han puesto en evidencia principalmente el acceso en condiciones de igualdad, y la malversación de fondos motivados por la corrupción; es importante considerar algunas generalidades en función de aciertos, obstáculos y retos en relación al derecho a la salud y el sistema de salud colombiano (Barrera, 2017; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2017, 2016; Defensoría del Pueblo, 2016; Quintero, 2011; Procuraduría General de la Nación, 2008):

*Aciertos:*

- Previo a la Constitución Política de 1991 y las medidas legislativas adoptadas desde entonces que constituyen el bloque constitucional, el derecho a la salud no tenía un claro soporte y reconocimiento constitucional.
- La jurisprudencia de la Corte Constitucional asume a través de sus sentencias una postura cada vez más protectora de las personas vulnerables en materia de salud, partiendo de los tratados internacionales y las particularidades y circunstancias de los demandantes. Sin embargo, cuando estas llegan a las instancias legales y administrativas pierden su grado de coherencia para su adopción mediante los criterios previamente definidos.
- Se ha superado la visión de la salud desde una mirada biologicista entendida como ausencia de enfermedad, optando por la búsqueda de la vida digna y la mejoras en las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país y las personas.
- El porcentaje de afiliados al SGSS alcanza el 96,4%, lo cual significa que el país tiene casi una cobertura universal, se esperaba una afiliación total a 2001, acercándose al principio de universalidad en el sistema de salud nacional.

*Obstáculos:*

- La Ley 100 de 1993 promovía un modelo mixto con el objetivo de que el régimen contributivo estuviese integrado por el 70% de la población vinculada al sistema de salud, de tal forma que contribuyese a financiar al 30% restante que hiciese parte del régimen subsidiado. Sin embargo, esta proyección no se alcanzó, generando únicamente con la diferenciación de regímenes de salud una estratificación económica de los beneficiarios, donde la cantidad del aporte define los componentes o servicios incluidos en el POS, en el 2012 ambos POS fueron

unificados, condicionando como lo pide la Constitución *“garantizar el más alto nivel de salud física y mental a todos los ciudadanos”*.

- Existe una disparidad en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de salud en función de la capacidad económica, ubicación geográfica, minorías étnicas, y grupos marginados.
- La capacidad de pago no puede ser el determinante de la atención cuando lo que esta en juego es la vida. Lo cual evidencia que el modelo en lugar de dirigirse hacia el derecho a la salud para todos, se orienta hacia la inequidad.
- La existencia de un modelo mixto de aseguramiento le ha permitido al sector privado nacional e internacional organizar el “mercado de la salud” con recursos públicos. La administración de los fondos por parte de las EPS, les permite contratar y gestionar la atención en salud a través de las IPS, es importante considerar que muchas EPS tienen sus propias IPS, lo cual se conoce como integración vertical.

La ausente o débil regulación, control y vigilancia del sistema de salud por parte del Estado como lo ordena la Constitución Política, ha significado el delegar una obligación indelegable de un derecho social y fundamental, que se ha visto afectado ante los elevados costos de transacción, y una limitada atención para los beneficiarios, donde se reducen costos para aumentar el lucro, pese a que el FOSYGA realiza a las EPS anualmente por cada beneficiario el pago de la UPC, acudan o no al sistema de salud, e incluso se han evidenciado casos de copagos cancelados en más de una ocasión, o por servicios, procedimientos o medicamentos que ya se encontraban incluidos dentro del POS.

- A causa de la corrupción el sistema de salud ha perdido en los últimos años cerca de 2.1 billones de pesos. Fondos del Sistema General de Participaciones, que se desviaron hacia los denominados “carteles de la corrupción en la salud”. Evidenciando que mientras las aseguradoras privadas aumentaban de manera considerable sus ingresos, llegando incluso a tener participación las administraciones locales, los beneficiarios permanentemente se veían expuestos a un servicio limitado y de cuestionable calidad.
- Existe un elevado número de tutelas interpuestas por ciudadanos ante las limitantes impuestas por las EPS para la prestación de servicios de salud, por ende, el Estado debe de aumentar su capacidad de inspección, vigilancia y control a los actores del sistema de salud.

En esencia, las 1.154.000 tutelas interpuestas en la última década, o lo que es igual a 1 cada tres minutos y medio, y el equivalente del 24,61% del total de tutelas presentadas, son una muestra de que la violación al derecho a la salud permanece, y en muchas ocasiones las responsabilidades en salud por parte del Estado han sido delegadas, pese a las reformas solicitadas por la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760/2008.

El tener que incurrir a la acción de tutela con una alta frecuencia genera un aumento en los costos de transacción en salud para el Estado, al producir una mayor congestión judicial, llegando incluso al colapso, y para el mismo paciente que queda inmerso en un proceso prolongado que no recibe una pronta respuesta, quedando expuesto a otro tipo de violaciones de sus derechos.

*Retos:*

- Formulación de políticas integrales donde sea el Estado en su totalidad quien actué como garante de la salud, y logre convertirse en un instrumento de equidad, especialmente para las personas en mayor condición de vulnerabilidad, quienes son por lo general quienes se encuentran con mayor peligro para su salud y su vida.

En la actualidad requieren en especial una atención oportuna la población en situación de desplazamiento, la comunidad wayuu, y la población migrante proveniente de Venezuela.

- El sector requiere de mayor inversión financiera para infraestructura, insumos, material médico y profesionales de la salud, especialmente en el sector rural. La estrategia donde el régimen contributivo soporta al distributivo, no ha cobrado efecto a consecuencia de la dinámica socioeconómica del país.

Adicionalmente, la puesta en marcha de la Ley estatutaria de Salud, según la cual todos los afiliados tienen derecho a los servicios requeridos pudiendo representar un coste adicional, dio inicio con un desbalance fiscal ante la ausencia de fondos para su sostenimiento, y el primar un modelo de evaluación anual de los indicadores del goce efectivo que privilegia lo cuantitativo sobre lo cualitativo, al haberse construido el SGSSS sobre un modelo de mercado que prima la eficiencia económica, financiera y administración.

- Si bien, los pronunciamientos de la Corte Constitucional en las últimas décadas han sido de suma importancia, no han logrado evitar el colapso del sistema de salud. Por ende, las acciones del Estado no deben de centrarse solo en la cobertura, homogeneización del POS, o la reforma de la institucionalidad; sino que

deben de dirigirse hacia elementos más coyunturales como lo son el mismo sistema asegurador, el acceso, la calidad, y la política en salud pública.

- El Estado debe de resolver el principal dilema existente en relación al reordenamiento del modelo de salud más propicio alcanzando un punto de equilibrio, entre las dos tendencias existentes: optar por un modelo de mercado donde se corre el riesgo de no atender a toda la población con calidad, disponibilidad y accesibilidad; o garantizar un modelo enmarcado en los derechos cuya sostenibilidad financiera no esta clara para su continuidad.

Independientemente del modelo elegido, este debe de partir de una política pública que entienda la salud como un estado de bienestar universal para las personas y la sociedad.

El “grado máximo de salud que se puede lograr” es un derecho fundamental, universal e interconectado a otros, que incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención en salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada, y alimentación nutritiva (OMS, 2017). Para ello, los Estados están en la obligación de adoptar medidas legislativas, políticas y prácticas que actúen como garantes alrededor de un sistema de salud; sin embargo, en la realidad se hace evidente que este derecho se tiene o no se tiene, reflejando una cuestión de grado, condicionada a las oportunidades y medios de las personas, en decremento de un Estado Social de Derecho que privilegiaría los principios de universalidad, calidad, accesibilidad y disponibilidad para hacer efectivos los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas.

La adopción de los sistemas de salud descritos, son el resultado de un proceso histórico que se ha ido construyendo con base a aciertos, obstáculos y retos. Un ejercicio de síntesis de ambas naciones en relación al derecho a la salud apoyado en el estudio comparado realizado por la Defensoría del Pueblo en 2015, permite identificar los principales elementos:

	<b>MARCO NORMATIVO Y PROTECCIÓN</b>	<b>ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>FINANCIAMIENTO</b>	<b>ASEGURAMIENTO</b>	<b>PRESTACIÓN Y ACCESO SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>COLOMBIA</b> <b>48.229.000</b> <b>habitantes</b>	.- Constitución Política de 1991 Art. 49. .- PROTECCIÓN Acción de	.- SECTORES: <i>Subsidiado:</i> situación de vulnerabilidad focalizados a través del SISBEN. <i>Contributivo:</i> contrato de	.- Fuentes fiscales y parafiscales del Presupuesto General de la Nación. .- Aportes de cotizantes del Régimen	.- Modelo solidario, híbrido, con fondo único. .- Plan de beneficios (POS) unificado para el Régimen Contributivo	.- Sistema mixto de participación público-privado organizado a través de redes integradas de servicios de salud, según régimen de afiliación.

	Tutela.. Corte Constituci onal	trabajo, independent es con capacidad de pago, pensionados.  <i>Especial:</i> militares, policía, universidades públicas, ECOPETROL .	Contributivo.	y Subsidiado. .- Aseguramie nto privado mediante Planes Complemen tarios y Medicina Prepagada.	<i>EPS:</i> privadas, públicas o mixtas se encargan de la articulación e intermediación para la afiliación, registro y recaudo.  <i>IPS:</i> privadas, públicas, mixtas, comunitarias o solidarias se encargan de la prestación del POS.
	.- Constituci ón Política	.- SECTORES: <i>Público:</i>	.- Fuentes fiscales y parafiscales	.- Modelo fragmentad o según los	.- 19.281 establecimiento s.

<p><b>ARGENTINA</b> 43.417.000 habitantes</p>	<p>de 1949 Art. 75. .- PROTECCIÓN Acción de Amparo. Corte Suprema de Justicia.</p>	<p>atención gratuita a personas sin capacidad de pago y seguridad social (35%). <i>Seguro Social:</i> Obras Sociales mediante prestaciones privadas recogen a los trabajadores y pensionados (55%). <i>Privado:</i> demandantes individuales que acceden a medicina</p>	<p>que derivan en el presupuesto nacional, provincial y municipal. .- Aportes de cotizantes.</p>	<p>3 sectores existentes y su fuente de financiación.</p>	
---	--	---	--	---	--

		pre pagada o planes de salud de cooperativas o mutuales (8%).			
--	--	---	--	--	--

**Tabla 1.** *Comparativo Sistemas de Salud en Colombia y Argentina.*

Adaptación propia a partir de Defensoría del Pueblo (2015).

La experiencia tanto en Argentina como en Colombia en relación al derecho a la salud se encuentra soportado en un amplio bloque constitucional, que de manera programática han ido garantizando su progresividad, reconociéndole como un derecho que tiene como objetivo permitir a la persona, llevar una vida digna que le genere bienestar y desarrollo. A la par de la formulación de un sistema y una serie de políticas públicas para tal fin, los Estados se ven ante el reto de respetarle, protegerle y cumplirle, en medio de la diversidad del contexto, recursos limitados, y el ejecutivo como garante para la participación y exigibilidad de una ciudadanía que se resiente ante la privatización de la salud, es decir, de lo que es tanto un derecho fundamental como un servicio público esencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIZA, R. (2004). El Derecho a la Salud en la Corte Suprema de Justicia. En: *Lecciones y Ensayos*. 2004. (80). (285-328).

BARRERA, E.L. (2017). Introducción. En: *La salud en Colombia. Entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado, 1993-2015*. (39-75). Bogotá: Universidad Externado.

BERNAL, O.; BARBOSA, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. En: *Salud Pública de México*, vol. 57, (5). 433-440.

BONPLAND, V. (2017). *Glosas acerca del recorrido histórico de la construcción del derecho a la salud*. Recuperado en agosto de 2018, de: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/>

glosas-acerca-del-recorrido-historico-de-la-construccion-del-derecho-la-salud

CANOSA, A. (2017). *Derecho Constitucional y Salud*. Recuperado en agosto de 2018, de: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-constitucional-y-salud>

CARDENAS, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. En: *Revista de Derecho*, No. 40, Barranquilla. 198-225.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. (2000). *Observación General No. 14*. Recuperado en agosto de 2018, de: [http://www.legisalud.gov.ar/dels/onu\\_observacion14\\_2000.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/dels/onu_observacion14_2000.pdf)

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. (2017). *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Colombia*. Recuperado en agosto de 2018, de: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fCOL%2fCO%2f6&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fCOL%2fCO%2f6&Lang=en)

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. (2016). *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado en agosto de 2018, de: <http://www.refworld.org.es/docid/593aa4d24.html>

CONGRESO DE LA RÉPUBLICA. (2015). *Ley Estatutaria 1751 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado

en diciembre de 2018, de:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. (2017 I). *Recopilación sobre la Argentina.*

*Nforme de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.* Recuperado en agosto de 2018, de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/251/07/PDF/G1725107.pdf?OpenElement>

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. (2017 II). *Resumen de las comunicaciones de*

*las partes interesadas sobre la Argentina. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.* Recuperado en agosto de 2018, de: <https://documents-dds-ny.un.or/doc/UNDOC/GEN/G17/234/94/PDF/G1723494.pdf?OpenElement>

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. (2012). *Informe del Grupo de Trabajo sobre el*

*Examen Periódico Universal Argentina.* Recuperado en agosto de 2018, de: <https://documents-dds-ny.un.or/doc/UNDOC/GEN/G12/186/93/PDF/G1218693.pdf?OpenElement>

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. (1991). *Artículo 49.* Recuperado en agosto

de 2018, de: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2014). *Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-*

*760 de 2008.* Recuperado en diciembre de 2018, de:

<http://seguimientot760.corteconstituci>

onal.gov.co/lasala.php

CORTE CONSTITUCIONAL. (1993). *Sentencia T-597/13*. Recuperado en diciembre de 2018, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t-597-93.htm>

CORTE CONSTITUCIONAL. (1998). *Sentencia SU-225/98*. Recuperado en diciembre de 2018, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU225-98.htm>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2004). *Sentencia T-025/04*. Recuperado en diciembre de 2018, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2007). *Sentencia C-811/07*. Recuperado en diciembre de 2018, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/c-811-07.htm>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2007). *Sentencia T-016/07*. Recuperado en diciembre de 2018, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2008). *Sentencia T-760/08*. Recuperado en diciembre de 2018, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2016). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2003). Serie DESC. *El derecho a la Salud en la Constitución, la Jurisprudencia, y los Instrumentos Internacionales*. Recuperado en agosto de 2018, de: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

ESPINOSA, X. (2013). El derecho fundamental a la salud en Colombia: base teórica y jurisprudencial. En: *Saber, Ciencia y Libertad*, Vol. 8, (1). (45-59).

- GUERRERO, R.; GALLEGO, A.I.; BECERRIL, V.; VÁSQUEZ, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. En: *Salud pública*, Vol. 53, (Supl. 2). (144-155).
- HERNÁNDEZ, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: *Salud pública*, Vol. 2, (2). (121-144).
- LEÓN, J. (2011). De la naturaleza jurídica del Derecho a la Salud en Colombia. En: *Estudios en Derecho*. Vol. 68, (51). (189-212).
- LEY 1751 DE 2015. *Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones*. Febrero 16 de 2015. DO No. 49.427.
- LEY 1438 DE 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Enero 19 de 2011. DO No. 47.957.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2012). *El Derecho a la Salud 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina*. Recuperado en agosto de 2018, de:  
[http://www.capacitacionsumar.msal.gov.ar/pluginfile.php/29947/block\\_html/content/200a\\_politicassanitarias.pdf](http://www.capacitacionsumar.msal.gov.ar/pluginfile.php/29947/block_html/content/200a_politicassanitarias.pdf)
- MINISTERIO DE SALUD. (2017). *Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia*. Recuperado en agosto de 2018, de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-implementacion-ley-estatutaria.pdf>
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OHCHR). (2018). *Derecho a la Salud. Folleto Informativo No. 31*. Recuperado en agosto de 2018, de:  
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OHCHR). (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado en agosto de 2018, de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017). Datos y cifras. Recuperado en diciembre de 2018, de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

PARRA-VERA, O.; ELY, A. (2013). La Sentencia T-760 de 2008, su implementación e impacto: retos y oportunidades para la justicia dialógica. En: CLÉRICO, L.; RONCONI, L., ALDAO, M. (Coords.). *Tratado de Derecho a la Salud*. (2591-2649). Buenos Aires: Abeledo Perrot.

PRETELT, J. (2017). El Derecho a la Salud en Colombia: evolución y defensa frente a un Estado que dista de ser garante. En: *Revista Avances en Salud*. Vol. 1, (2), Julio-Diciembre. (51-54).

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN. (2008). *El derecho a la salud en perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud*. Recuperado en agosto de 2018, de: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/07/El-derecho-a-la-salud.pdf>

QUINTERO, D.P. (2011). *La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

RESTREPO, J.H; RODRÍGUEZ, S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. En: *Revista de Economía Institucional*, Vol. 7, (2). (165-190).

TRUCCO, M. (2017). *La protección de la salud en la legislación argentina: encuadre nacional e internacional*. Recuperado en agosto de 2018, de:  
<http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-proteccion-de-la-salud-en-la-legislacion-argentina-encuadre-nacional-e-internacional>