

**ASISTENCIA JURÍDICA RELACIONADA CON EL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A DOCENTES Y PENSIONADOS AFILIADOS
AL SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE
SANTANDER.**

**Estudiante:
CARLOS JULIO RIAGA RIVERO.**

**Práctica Jurídica Social en el Departamento Jurídico del Sindicato de los
Trabajadores del Sector Educativo de Santander S.E.S. sede Principal-
Bucaramanga.**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
BUCARAMANGA**

2017

**PRACTICA JURIDICA SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO JURÍDICO DEL
SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE
SANTANDER S.E.S. SEDE PRINCIPAL-BUCARAMANGA.**

CARLOS JULIO RIAGA RIVERO

Trabajo de grado para optar al título de Abogado

Tutores:

JACKELINE GRANADOS FERREIRA

Abogada

REYNALDO GÓMEZ LUNA

Abogado



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
BUCARAMANGA**

2017

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a la Universidad Industrial de Santander por haberme aceptado ser parte de ella y abierto sus puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera tan anhelada de Derecho y ciencias políticas, así como también a los diferentes docentes los cuales formaron parte con su apoyo y sus conocimientos en mi desarrollo como futuro profesional.

Agradezco igualmente a mi asesora de práctica, la Dra. JACKELINE GRANADOS FERREIRA por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su conocimiento y experiencia como profesional en el campo del Derecho, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo, para guiarme y orientarme en todo el desarrollo de mi Practica Jurídico Social.

Por último, agradezco y dedico la culminación de mi práctica y carrera a mis padres, quienes con su constancia, apoyo económico y sacrificio me apoyaron día a día sin desfallecer.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. ALCANCE DEL TRABAJO.	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	18
4. METODOLOGIA	19
4.1 ORIENTACIÓN.....	19
4.2 FUNDAMENTOS	19
4.3 ATENCIÓN A LOS USUARIOS	20
4.4 ESTADÍSTICAS EN MATERIA DE ASESORÍAS	20
5. INFORMACIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN.....	21
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA OFICINA JURÍDICA DEL S.E.S.....	21
5.2 OBJETIVO PRINCIPAL DEL (S.E.S.).....	21
5.3 MISIÓN	21
5.4 VISIÓN	22

5.5 RESEÑA HISTÓRICA.....	22
6. QUÉ ES EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD “SGSSS”	26
7. MARCOS DE REFERENCIA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	28
7.1. MARCO DE ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LOS DOCENTES Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DE EDUCADORES DE COLOMBIA	29
7.2 MARCO TEORICO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	32
7.3 MARCO CONCEPTUAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	38
7.4 PRINCIPIOS RECTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	42
7.5 ESQUEMATIZACIÓN O CUADRO CONCEPTUAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	46
7.6 ALCANCE NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	48
8. DESARROLLO JURISPRUDENCIAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	68
9. REFERENTE INTERNACIONAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	81
9.1 ESPAÑA	81
9.2 CANADA.....	87
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN EL S.E.S.....	94
11. INFORME DE GESTIÓN	95
12. RECOMENDACIONES.....	99
13. CONCLUSIONES	99

BIBLIOGRAFÍA..... 102

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cronograma	93
Tabla 2. Primer mes de la práctica	94
Tabla 3. Segundo mes de la práctica	95
Tabla 4. Tercer mes de la práctica.....	96
Tabla 5. Cuarto mes de la práctica	97

RESUMEN

TITULO: ASISTENCIA JURÍDICA RELACIONADA CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A DOCENTES Y PENSIONADOS AFILIADOS AL SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER*.

AUTOR: CARLOS JULIO RIAGA RIVERO**.

PALABRAS CLAVE: DERECHO, ASISTENCIA, SISTEMA, SALUD, DOCENTES, AFILIADOS, SINDICATO, JURÍDICO, EDUCACIÓN, SOCIAL.

DESCRIPCIÓN:

Este trabajo comprende el desarrollo de la Práctica Jurídica Social, la cual realice en la oficina Jurídica del Sindicato de los Trabajadores del Sector Educativo de Santander, desde donde se logró hacer un estudio minucioso acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los Profesores del sector público adscritos al Magisterio de Educadores de Colombia. Esta práctica se realizó con el direccionamiento de la Dra. Jackeline Granados Ferreira, abogada y docente UIS, y bajo el acompañamiento del señor Director del “S.E.S.” Dr. Reynaldo Gómez Luna, abogado. Profesionales los dos en el área del Derecho, quienes me orientaron, acompañaron, ubicaron y situaron en la correcta y efectiva realización de cada uno de los objetivos los cuales dieron pie para la realización de la práctica; entre los objetivos, se logró apoyar a la oficina jurídica del sindicato sobre el sistema de salud de los docentes, se logró brindar acompañamiento en materia legal y jurídica dentro el plano de mis competencias como practicante jurídico UIS, y por último se logró dejar un material didáctica “FOLLETO” el cual titule: EL MAGISTERIO DE EDUCADORES Y EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

*Trabajo de grado para optar al título de Abogado.

** Escuela de Derecho Y Ciencia Política, Facultad de Ciencias Humanas. Directora: Jackeline Granados Ferreira, Abogada.

ABSTRAC

TITLE: JURIDICAL ASSISTANCE RELATED TO THE GENERAL SYSTEM OF SOCIAL SECURITY IN HEALTH TO TEACHING AND GIVEN A PENSION AFFILIATES TO THE TRADE UNION OF THE WORKPEOPLE OF THE SECTOR EDUCATIVO OF SANTANDER*.

AUTHOR: CARLOS JULIO RIAGA RIVERO**.

KEY WORDS: RIGHT, ASSISTANCE SYSTEM, HEALTH, TEACHERS, AFFILIATES, TRADE UNION, JURIDICAL, EDUCATION, SOCIAL.

DESCRIPTION:

This work comprices the development of the Social Juridical Practice, which realices in the Juridical office of the Trade union of the Workpeople of the Educational Sector of Santander, where form one managed to do a meticulous study about the General System of Social Security in Health of the Teachers of the public sector assigned to the Educators´ Teaching of Colombia. This practice was realized by the adressing of the Dra. Select Jackeline Granados Ferreira, lawyer and the teacher **U.I.S**, and under the accompaniment of the mister Director of “S.E.S” Dr. Reynaldo Gómez Luna, lawyer. Professionals the two in the field of the right, who faced me, accompanied, they were located and placed in the correct and effective achievement of each of he targets which gave cause for the achievement of the practice, between the targets, one managed to support to the juridical office of the trade unión on the system of health of the teachers, the plane of my competitions managed to offer to itself accompaniment in legal and juridical matter inside like practitioner judirical **U.I.S**, and finally one managed to leave materially didactics “LEAFLET” which titles: THE EDUCATORS` TEACHING AND THE SYSTEM GENERAL THE SOCIAL SECURITY IN HEALTH.

*Degree work to get a law tittle.

**Schhol of Law and Political Science, Faculty of Human Sciences. Project Director. Dra. Jackeline granados Ferreira. Lawyer.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación refiere al tema del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la perspectiva del Sistema de Salud de los maestros adscritos al Magisterio de Educadores de Colombia ; dando respuesta a la necesidad de desarrollar un proyecto de grado, se lleva a cabo la práctica jurídica social dentro del Departamento Jurídico del Sindicato de los Trabajadores del Sector Educativo de Santander S.E.S., en el marco de una propuesta denominada “Asistencia Jurídica Relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud a Docentes y Pensionados afiliados al Sindicato de los Trabajadores del Sector Educativo de Santander”.

El Sistema de Salud para el régimen de excepción como es el Magisterio de educadores, se ve reglado por la Ley 91 de 1989¹, la cual determina que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FNPSM), es la entidad encargada de velar por la prestación de los servicios de salud de los docentes y sus beneficiarios y del pago de las prestaciones sociales (pensiones y cesantías) del afiliado, siguiendo las instrucciones dadas por el Consejo Directivo del Fondo que preside el Ministerio de Educación Nacional.

El Fondo debe ser administrado, tal como señala la Ley 91 de 1989 en su artículo 3², por una entidad fiduciaria estatal en la cual el Estado tenga más del 90% del capital y desde el año 1990 lo realiza la Fiduciaria La Previsora; las políticas generales de administración e inversión de los recursos son determinadas por el Consejo Directivo del Fondo. La prestación de los servicios médico-asistenciales

¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 91. (Diciembre 29). Por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Diario Oficial. Bogotá, D. E., No 39.124. 29 de Diciembre de 1989. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-85852_archivo_pdf.pdf

²Ibíd. Artículo 3.

se realiza a través de la contratación con entidades de salud de acuerdo con las instrucciones que imparte el Consejo Directivo del Fondo. Este sistema tiene carácter de excepcionado del Sistema de Seguridad Social de la Ley 100 de 1993.

Durante el periodo de la práctica el cual fueron alrededor de casi 5 meses, se desarrollaron distintos informes plasmados en documentos donde se hizo un estudio minucioso acerca del tema en cuestión, dichos documentos fueron trabajados de la siguiente manera:

En el primer informe mensual de práctica se realizaron las actividades señaladas en el cronograma, las cuales fueron: brindar orientación, atención y solución en materia jurídica de acuerdo a la problemática legal de docentes y directivos docentes del S.E.S., lo anterior desde la perspectiva del Sistema General de Seguridad Social en salud de ahora en adelante S.G.S.S.S., y de esta manera comprobar que el cumplimiento del objetivo planteado en la propuesta se está desarrollando integralmente a medida que se van cumpliendo cada una de las funciones jurídicas asignadas en la entidad; además, se realizó un bosquejo de información acerca del Sindicato donde se plasmaron puntos tales como la historia, misión, visión, objetivos del S.E.S.; funciones realizadas como practicante, metodología implementada para la realización de la práctica, entre otros.

En el segundo informe mensual de práctica se realizaron actividades tales como: definir que es el Sistema de Seguridad Social en Salud, para así poder realizar el estudio y conceptualización del mismo; en segunda medida me dispuse a realizar y definir cada uno de los marcos de referencia, entre ellos el marco de antecedentes históricos, el marco Teórico, el marco Conceptual, el marco Jurisprudencial; donde traje a colación teorías como las de Gerardo Arenas Monsalve, Fernando Arias, Henry Bocanegra Acosta, Emilio Carrasco, María Santana Londoño, Rafael Meza Rodríguez y Fernando Lasalle. Entre otros;

además, se hizo hincapié en que la carta de navegación para hablar y referenciar el sistema General de Seguridad Social en Salud es la CONSTITUCION POLITICA DEL AÑO 1991 y la LEY 100 DE 1993, toda vez que con la constitución política se ampara el derecho a la seguridad social y el derecho a la salud como derechos fundamentales, y la ley 100 es la norma vigente que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el tercer informe mensual, se realizó como primera medida, todo el alcance normativo acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde lleve a colación parte de la normatividad vigente, teniendo como pilar la Constitución Política de Colombia del año 1991 y posteriormente partiendo desde la ley 100 del año 1993, ley encargada de regular el Sistema de Salud Colombiano y creadora del S.G.S.S.S., entre otras leyes como la ley 1438 de 2011 y la ley 1751 de 2015 esta última que regula el derecho fundamental a la salud y es conocida como ley estatutaria en salud; y decretos afines. Como segunda medida, plasme en este escrito un marco Jurisprudencial en cual cite sentencias de la Honorable Corte Constitucional las cuales crean un precedente en materia de seguridad social en salud, una de ellas es la sentencia 760 del año 2008, donde la Corte distinguió claramente entre las cuestiones legales y órdenes respecto de 22 casos y fallos ya proferidos por despachos, casos en los cuales se presentaron fallas generales en la prestación de los servicios de Salud, que afectan a todo el Sistema de Salud, entre otras sentencias. Por último, se realizó un referente Internacional dando a conocer grosso modo a modelos y sistemas de salud de países desarrollados como España y Canadá, para así poder tener un punto de referencia internacional en materia de Salud.

En el cuarto informe mensual, logre mi propósito primordial, el cual consistió en brindar mis conocimientos como futuro abogado, con la ejecución de mi labor como practicante del S.E.S. en el Consultorio Jurídico del mismo, realizando Acciones Constitucionales; tales como, Acciones de Tutela, Derechos de Petición,

Impugnaciones e Incidentes de Desacato a Tuitivas. Además, de documentos generales y educativos; como cartas o comunicados y asesorías jurídicas (las cuales, se realizan -mayormente de forma oral y presencial). También finiquite mi objetivo específico final; el cual consistió en elaborar un folleto pedagógico el cual titule “EL MAGISTERIO DE EDUCADORES Y EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, material instructivo que realice y perpetre desde el inicio de la Práctica Jurídico-Social, bajo la orientación Jurídica y Legal de la Profesora Jackeline Granados, Para así, obtener un producto conveniente a las necesidades y problemáticas de los Docentes del Departamento, que están adscritos al Sindicato de los Trabajadores del Sector Educativo de Santander; pues, en este folleto se expresan los Derechos, procedimientos y mecanismos de protección en relación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Instrumento con una proyección de beneficio a todos los docentes, tanto del área urbana como del área rural; toda vez que a lo largo y ancho de la práctica, pude avizorar las constantes fallas en la prestación de los servicios de salud a los Docentes y sus beneficiarios.

Así las cosas, dentro del último mes de práctica las actividades estuvieron enfocadas al desarrollo y la culminación del documento “folleto” de carácter instructivo, toda vez que para este momento ya se contaba con la fundamentación necesaria para la continuación y terminación del mismo; aclarando que cada documento recibió una revisión cabal por parte de la directora de la práctica jurídica: la Dra. JACKELINE GRANADOS FERREIRA y el tutor de la práctica en el S.ES., el Dr. REYNALDO GÓMEZ LUNA quienes corregían y aprobaban los avances realizados cada 8 días, realizando una revisión final en el momento en que cada documento estuvo terminado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya es sabido, la salud es un derecho fundamental del cual gozamos todas las personas en Colombia, así mismo, es un deber de todas las empresas e instituciones promotoras y prestadoras de los servicios de salud, velar por el cabal y total funcionamiento de las entidades encargadas de suministrar productos y servicios tales como: citas médicas, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

Los sindicatos no son otra cosa que “una agrupación de personas que lucharan por la justicia social y por los intereses de la clase trabajadora”³. Los educadores del sector educativo de Santander, a la fecha no cuentan con otra oficina jurídica si no la del Sindicato de educadores la cual les brinde un acompañamiento que los pueda orientar respecto de la problemática que los aqueja en relación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; dicho servicio el cual es descontado de sus salarios y que a la fecha según FECODE es de pésimas condiciones, toda vez, que les niegan exámenes, medicamentos y procedimientos los cuales son vitales para su salud, y por consiguiente, se les están violando derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la dignidad humana, a la seguridad social, a la salud, entre otras.

Es por esto que con la modalidad de grado “Práctica Jurídica Social”, en dicha entidad, podemos brindar acompañamiento en materia Jurídica a docentes, pensionados y demás trabajadores del sector educativo de Santander en factores medico asistenciales desde la perspectiva Jurídica Legal y Constitucional para poderles ofrecer la respectiva asesoría cuando les sea necesario.

³ TUNAY LÓPEZ, Nicolás. Sindicato. ESCRIBD. Agosto de 2016. Págs. 25. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/51692082/SINDICATO>

2. ALCANCE DEL TRABAJO.

El alcance de esta Práctica Jurídica Social se constituye principalmente en una labor de apoyo al Departamento Jurídico del Sindicato de Educadores, respecto del acompañamiento a todas las personas adscritas a los servicios del sindicato, realizando las diferentes orientaciones y asesorías en materia jurídica desde la perspectiva de sus derechos en materia de salud.

Entre los principales alcances como practicante en la oficina del S.E.S. y la realización de este trabajo están:

- Brindar el apoyo necesario al S.E.S desde la oficina jurídica.
- Materializar los conocimientos adquiridos en la academia, en cuantos a mecanismos de defensa en el derecho laboral y la seguridad social para ponerlos en práctica en el S.E.S.
- Que la organización sindical de educadores de Santander quede satisfecha con mi trabajo como practicante jurídico.
- Que mi labor en el sindicato de educadores sea vitalmente enriquecedora para mi vida profesional como futuro abogado.

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Apoyar a la oficina jurídica del sindicato de educadores de Santander en la orientación y asesoría Jurídica sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto a personal directivo como a docentes y pensionados.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Orientar a todas aquellas solicitudes de asesoría desde la perspectiva jurídico legal en relación al S.G.S.S.S. a pensionados y miembros del S.E.S.

-Brindar acompañamiento en materia legal a profesores y beneficiarios pertenecientes al Sindicato de Educadores de Santander por medio de diferentes procedimiento de orden Jurídico, todo lo anterior dentro del marco de mis competencias como practicante jurídico “Abogado” miembro del Sindicato y además siguiendo paso a paso las recomendaciones y orientaciones del tutor y el respectivo director de la práctica.

-Realizar un folleto donde se orienta a todos los miembros del Sindicato de Educadores de Santander respecto de sus Derechos como Trabajadores desde la perspectiva del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo al régimen de excepción el cual los cubre como miembros del Magisterio de Educadores del sector Público.

4. METODOLOGIA

La metodología de mi Práctica Jurídica social en el Sindicato de Educadores de Santander será el trabajo constante dentro del tiempo previsto por dicha entidad en horarios de oficina, fundamentando mis labores y oficios como practicante jurídico en los respectivos procedimientos de orden Constitucional, Legal y Administrativo entre otros; todo lo anterior fundado en la legalidad con la ayuda de mi tutor asignado por la escuela, personal docente de la Universidad y demás profesionales del Derecho con los cuales tengo contacto directo, por ejemplo asesores del consultorio. Las técnicas de mi trabajo se fundamentaran plenamente en la ley laboral y el derecho constitucional de acuerdo a las necesidades solicitadas por los afiliados, respecto a la siguiente metodología:

4.1 ORIENTACIÓN

Se brindara orientación de acuerdo a los trámites y solicitudes que se realiza en el sindicato según la necesidad de los usuarios y a su vez se solicitara a los integrantes del comité del sindicato quienes a través de su experiencia pueden anticipar conflictos y situaciones presentadas con más frecuencia en el consultorio del sindicato.

4.2 FUNDAMENTOS

La temática con la cual se va a trabajar en el sindicato será toda la que se resalta en el marco de antecedentes jurídico de esta propuesta y todas las normas concordantes para así poder realizar las respectivas asesorías de una manera impecable y óptima.

4.3 ATENCIÓN A LOS USUARIOS

De acuerdo a los turnos en días laborales y en horarios de oficina que me sean fijados por el S.E.S. Realizaré mi atención a los usuarios de una manera oportuna, eficiente y con la mayor disposición del caso para así poder aportar con mis conocimientos a todas personas que forman parte del sindicato. Los turnos y especificación de horarios se encuentran en la tabla de horarios la cual se encuentra ubicada en los anexos de la propuesta.

4.4 ESTADÍSTICAS EN MATERIA DE ASESORÍAS

Durante el tiempo de la práctica jurídica social se tendrán en cuenta los temas con más petición, es decir, las asesorías las cuales vayan dirigidas hacia un tema en concreto para así mismo poder realizar los informes respectivos a la escuela de derecho de la Universidad Industrial de Santander, los cuales serán tres y constaran de un recuento preciso de los temas, áreas del derecho, conocimientos aplicados y legislación aplicada a cada uno de los casos los cuales sea yo participe en el desarrollo de mi práctica en el S.E.S.

5. INFORMACIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA OFICINA JURÍDICA DEL S.E.S.

La organización recibe el nombre de SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER S.E.S., ubicado en el Departamento de Santander, carrera 27 No. 34-44. El Sindicato de Educadores de Santander, S.E.S., como organización gremial que aglutina a todos los trabajadores de la educación, tiene como propósito la defensa de la educación pública, las condiciones laborales, prestaciones de carrera del magisterio, así como la promoción, prevención y respeto de los derechos humanos no solo de sus asociados sino de la comunidad en general.

5.2 OBJETIVO PRINCIPAL DEL (S.E.S.)

El S.E.S. tiene como principal objetivo: “defender la Educación pública gratuita y con calidad para Colombia y haciendo énfasis en el departamento de Santander así como la defensa de los derechos prestacionales, salariales y de carrera del magisterio, buscando siempre la dignificación y profesionalización de los trabajadores de la cultura, entendiendo que su labor es el eje del desarrollo de la persona como individuo y del colectivo social”⁴.

5.3 MISIÓN

El Sindicato de Educadores de Santander, S.E.S., “como organización gremial que aglutina a todos los trabajadores de la educación, tiene como misión la defensa de la educación pública, las condiciones laborales, prestaciones y de carrera del

⁴COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Objetivos de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=32&idb=70&idc=0>

magisterio, así como la promoción, prevención y respeto de los derechos humanos no solo de sus asociados sino de la comunidad en general”⁵.

5.4 VISIÓN

El Sindicato de los Trabajadores del Sector Educativo de Santander, S.E.S., “se proyecta como la organización sindical más sólida, organizada, eficiente y eficaz de los trabajadores de la educación en el departamento y con un reconocimiento de sus potencialidades y fortalezas a nivel nacional e internacional y en el corto y mediano plazo incidirá en el campo político, cultural y social en procura de alcanzar la equidad y el equilibrio social”⁶.

5.5 RESEÑA HISTÓRICA

“La Federación Colombiana de Educadores –FECODE , Fundada el 24 de marzo de 1959 y reconocida por el Ministerio de Protección Social, según Resolución No 01204 del 6 de Agosto de 1962, agrupa a docentes al servicios de la educación pública en Colombia, organizados en 33 sindicatos regionales y uno nacional, con los cuales se integra la estructura federativa. Surge a través de un proceso de fusión de sindicatos nacionales, de niveles de enseñanza y regionales. Su Comité Ejecutivo es elegido por voto directo y democrático de docentes afiliados que lo conforman.

FECODE es una organización sindical gremial de segundo grado, pluralista, filial de la central unitaria de trabajadores CUT (somos cerca del 50% del total de afiliados la central) con una cobertura de 270.000 docentes afiliados/as de los casi

⁵ COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Misión de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=32&idb=68&idc=0>

⁶ COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Visión de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=32&idb=69&idc=0>

312.000 docentes en todo el país al servicio del Estado. Cotidianamente el magisterio interactúa con más de 8 millones de niños, niñas y jóvenes. E indirectamente con cerca de 7 millones de padres y madres de familia.

FECODE ha llevado a cabo numerosas actividades para mejorar las condiciones de vida y trabajo del maestro y las maestras. Producto de ello podemos mencionar el Estatuto Docente (Decreto 2277 de 1979); los aportes importantes a la Ley general de Educación (Ley 115 de 1994); las luchas por el salario profesional y en general las luchas por una carrera digna. Importantes luchas que se han desarrollado al lado de los sectores sociales y populares, en contra del neoliberalismo y las políticas de gobiernos contra los intereses de los trabajadores y el pueblo colombiano.

- La entidad Trabaja y lucha por:

Por la dignidad de los y las docentes, por garantías de la carrera docente, por el fortalecimiento de los sindicatos y la proyección social del movimiento sindical.

- De ahí, el actual Comité Ejecutivo nacional de FECODE se propone los siguientes objetivos:

- Formular un nuevo proyecto sindical y pedagógico como estrategia político pedagógica de los educadores que permita fortalecer ideológicamente y determine la activación de la movilización, desarrollo un nuevo esquema táctico que redunde en acciones efectivas al lado de la comunidad educativo.
- Dar respuesta a las demandas objetivas de los afiliados, articulando los intereses de la base y dirección, diseñando consensuadamente nuevas estrategias, recuperando la iniciativa frente al Estado y la sociedad, asumiendo la dinámica política y social como líderes de la comunidad para

abanderar en su entorno social el trabajo cívico, cultural y popular y construir convivencia y ciudadanía ; todo ello , en un diseño de nuestras actividades en términos de un PLAN DE TRABAJO COLECTIVO, que rebase el coyunturalismo , el gremialismo y supere el reflujo sindical.

- Construir a partir de un diagnóstico una estrategia amplia de comunicación que potencie las fortalezas, convierta las debilidades en puntos fuertes y determine las funciones, la estructura y las necesidades técnicas y operativas de la oficina de prensa y comunicaciones.
 - Fortalecer los sindicatos departamentales del magisterio y la federación en dirección al Sindicato Único de los Trabajos de la Educación SUTEC, promocionando la afiliación sindical, la educación y la formación sindical y política de los educadores, como también la investigación desde la Escuela, de modo que contribuya a la unidad sindical.
 - Construir la Red Nacional de los Derechos Humanos de FECODE fundamentada en la programación y realización de seminarios y talleres regionales sobre los derechos humanos.
 - Establecer y fortalecer las relaciones internacionales de carácter profesional con organizaciones de docentes del sector de la educación y otras organizaciones sindicales.
- Los anteriores objetivos están encaminados hacia el desarrollo de los siguientes ejes:
- a. Lograr el estatuto de la profesión docente.
 - b. Defensa del régimen prestacional especial.
 - c. Impulsar la ley estatutaria de la educación.
 - d. Lograr la ley de la salud que mantenga y fortalezca nuestras condiciones de régimen especial.

- e. Reivindicar la negociación colectiva y la presentación de pliego de peticiones.
- f. Luchar por el proyecto educativo pedagógico alternativo.
- g. Impulsar la constitución del sindicato único de los trabajadores de la educación en Colombia –sutec.
- h. El fortalecimiento de las organizaciones sindicales.
- i. Satisfacer necesidades de formación y actualización de los afiliados, para enfrentar en mejores condiciones los continuos embates que soporta el sindicalismo en el sector de la educación, como lo es la segmentación a raíz de las políticas implementadas para países emergentes a en el campo económico, pasa por proyectar el accionar de los docentes hacia un reposicionamiento del sindicalismo en la educación, Entre otros”⁷.

⁷COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Reseña Historia de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=31&idb=67&idc=0>

6. QUÉ ES EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD “SGSSS”

El S.G.S.S.S. es el medio implementado por el gobierno a través de la ley 100 de 1993 para regular, resguardar e implementar el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

El marco jurídico del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establece las condiciones de funcionamiento, operación y las responsabilidades de los actores del sistema. Con esta regulación se pretende garantizar los derechos fundamentales de la población Colombiana, tal como lo establece la Constitución Política de 1991, refiriéndose al acceso a los servicios de Salud de la población, incluyendo la más pobre y vulnerable del país registrada dentro del régimen subsidiado.

En virtud de considerarse por esta constitución que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, corresponde al mismo organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud. Al respecto la Corte Constitucional ha resaltado en múltiples ocasiones la conexidad que existe entre la Salud y el Derecho a la vida, lo cual convierte a la Salud en un Derecho fundamental tutelable. Por ejemplo, en sentencia la honorable corte constitucional ha resaltado: “Al definirse los contenidos precisos del derecho a la salud, se genera un derecho subjetivo a favor de los beneficiarios del sistema de salud. Por lo tanto, cuando las entidades prestadoras de los servicios de salud, se niegan a suministrar tratamientos, medicamentos o procedimientos incluidos en el POS o POS-S, vulneran el derecho a la Salud, el cual como se ha reiterado adquiere la

condición de Derecho Fundamental autónomo y éste puede ser protegido por la Acción de Tutela”⁸.

Para estos efectos y como ya es sabido, la Ley 100 de 1993 dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, el cual 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 que la afecten; En su primer capítulo, se señalan aspectos fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema, “el sistema comprende las obligaciones del Estado y la Sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter Económico, de Salud y servicios complementarios...” (Art. 1, Ley 100 de 1993).

⁸CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-161 de 2013. Derecho a la Salud como Derecho Fundamental Autónomo.[M.P. JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB]. Bogotá D.C. 22 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-161-13.htm>

7. MARCOS DE REFERENCIA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Antes de empezar a hablar de los antecedentes del Sistema de Seguridad Social en Salud para los Docentes y pensionados adscritos al Magisterio de educadores, es necesario hacer las siguientes apreciaciones en relación a la normatividad la cual rige dicho sistema de salud sujeto a un Régimen Especial de Excepción como lo es el de los Educadores:

De acuerdo a la normatividad existente en relación al Sistema de Salud para los docentes en Colombia, traeré a colación en primera medida a la ley 91 de 1989, ley encargada de crear el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, cuando en su articulado manifiesta que mencionado fondo garantiza la prestación de los servicios Médico-Asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo”. Posteriormente la Ley 100 de 1993 los exceptúa de su aplicación como Régimen Especial.

Así las cosas, fue sancionada y promulgada la ley 100 de 1993, ley encargada de crear el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que a su vez reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la Dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con Políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

Este Sistema de Salud para los docentes del sector Público es solidario y cerrado, es decir, que todos los recursos producto de los aportes se usan exclusivamente para beneficio de los docentes afiliados al Fondo y sus beneficiarios. El docente

no puede escoger cualquier Empresa Prestadora de Salud (EPS) para recibir el servicio de Salud, sino debe acudir al único prestador del servicio médico asistencial a los docentes en su región. La contratación de los prestadores de salud la realiza la Fiduprevisora, según las orientaciones generales dadas por el Consejo Directivo del Fondo.

7.1. MARCO DE ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LOS DOCENTES Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DE EDUCADORES DE COLOMBIA

El concepto de Seguridad Social surge a finales del siglo XIX bajo el pensamiento del canciller Alemán Bismarck, quien propuso el primer Sistema de Seguros encaminado a atender únicamente a la clase trabajadora, esta tendencia partía de la responsabilidad de los empleadores por la salud de sus empleados, por lo cual el eje central de su funcionamiento fue el contrato laboral, y su aceptación general fue tal que después de su 30 aplicación generalizada se ampliaron las coberturas incluyendo a las familias de los trabajadores y se institucionalizó como un requisito obligatorio cubierto por aportes tanto de los empleados como de los empleadores.

Existe además una segunda corriente en cuanto al surgimiento de la Seguridad Social, la cual tuvo lugar en Inglaterra después de la posguerra y fue ideada por William Beveridge, cuyo planteamiento proponía la universalización en la prestación de Seguridad Social, dejando de lado la simple asistencia pública para trascender hacia un modelo basado en la redistribución del ingreso con el fin de abolir cualquier necesidad. Esta teoría se conecta directamente con las propuestas económicas de corte Keynesiano y el Estado Benefactor, destacando el papel del Estado como garante institucional de la Seguridad Social.

Con la expedición de la Ley 6ª de 1945 se crearon las denominadas cajas y fondos de previsión Social, como un mecanismo de protección Social para los empleados y obreros al servicio de la administración Pública. Adicionalmente, con la promulgación de la Ley 90 de 1946 se creó el Seguro Social obligatorio para la población que trabajaba en empresas del sector privado, con el objeto de protegerlos de los riesgos económicos y biológicos derivados de la maternidad y enfermedad; dicha ley creó también el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Refiere Arenas que “el Instituto Colombiano de Seguros Sociales fue constituido como una entidad autónoma de Derecho Social, con Personería Jurídica, patrimonio propio distinto de los bienes del estado e independiente del mismo. De estas características se derivaron varios aspectos importantes: la vigilancia y control le fue asignada a la Superintendencia Bancaria; la calificación de entidad de Derecho Social permitió considerar que sus trabajadores se asimilaban a los particulares y que tenían plenos Derechos de negociación colectiva, pese a que hubo diversas tesis sobre el particular al interior del Consejo Directivo”⁹.

Así mismo, a lo largo de la historia, la problemática de los educadores en nuestro país en relación al Sistema de Seguridad Social, pago de prestaciones y otras situaciones de orden prestacional, ha sido precario e insuficiente; Como lo señala Fernando Arias¹⁰, finalizando los años setenta y comenzando los años ochenta, las precarias condiciones laborales en que se encontraban los maestros(as), se manifestaba en los bajos salarios, en el retraso en el pago y en las diversas modalidades de vinculación, lo que generó en los maestros la necesidad de unificar los sindicatos y luchar por la instauración de un solo régimen de carrera docente, esto se logró a través de la creación de la federación colombiana de educadores.

⁹ ARENAS MONSALVE, Gerardo. El Derecho Colombiano de la Seguridad Social. Segunda Edición. Bogotá: Editorial Legis, 2007. p. 76

¹⁰ ARIAS, Fernando. Orígenes y Características del Movimiento Pedagógico. Risaralda. CeidFECODE. Disponible en: <http://ceidser.com/Documentos/ORIGENESYARACTERISTICAS.pdf>.

Se puede afirmar sin lugar a dudas, que “FECODE se constituyó para ese entonces en un fuerte grupo de presión que se movía dentro de la sociedad; una consolidada y sólida organización que agrupa, representa y defiende los intereses gremiales de los maestros colombianos al servicio del Estado. Fueron varios los importantes logros alcanzados por esta organización gremial, sin embargo, el más importante lo constituyó el acuerdo obtenido con el Ministerio de Educación Nacional, conocido como el Decreto 2277 de 1979 o Estatuto Docente, el cual significó, entre otros, estabilidad laboral y un régimen de carrera que les garantiza a los maestros el ascenso y el mejoramiento salarial a partir de la formación académica y la actualización”¹¹.

Así mismo señala Henry Bocanegra¹² que otro elemento de gran importancia para el entendimiento del proceso que hizo posible que el magisterio colombiano incidiera profundamente en la configuración institucional del sector educativo y en la definición de las políticas educativas para Colombia, fue la aprobación del Proyecto de Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) presentada por FECODE al Congreso de la República y la Ley 60 de 1993, derogada actualmente por la Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas en materia de prestación de los servicios de educación y salud.

En 1989 la presión generada por los sindicatos por el conflicto prestacional de los educadores impulsó la aprobación de la Ley 91 de 1989, a través de la cual se creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, entidad actualmente responsable de atender las prestaciones de los docentes que se encontraran vinculados a la fecha de su promulgación y de los que se vincularan con posterioridad a ella.

¹¹ BOCANEGRA ACOSTA, Henry. Las Políticas Educativas y el Magisterio Colombiano en la Década de los 80. Bogotá, D.C. Universidad Libre. p.6. Disponible en: <http://www.unilibre.edu.co/dialogos/admin/upload/uploads/Articulo%202.pdf>.

¹² Ibíd., p.10.

Así las cosas, el Estatuto Docente (Decreto 2277 de 1979) creado por el Gobierno Nacional fue el encargado de regular “lo referente a las normas generales sobre la docencia nacional, el escalafón docente, el régimen de estabilidad en los empleos docentes, el régimen disciplinario, las condiciones y requisitos para la promoción de los profesionales de la docencia, entre otros”¹³.

A su vez este estatuto señala que “las personas que ejercen la profesión docente se denominan genéricamente educadores, y que se entiende por profesión docente el ejercicio de la enseñanza en planteles oficiales y no oficiales de educación en los distintos niveles. Igualmente incluye esta definición a los docentes que ejercen funciones de dirección y coordinación de los planteles educativos, de supervisión e inspección escolar, de programación y capacitación educativa, de consejería y orientación de educandos, de educación especial, de alfabetización de adultos y demás actividades de educación formal autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional, en los términos que determine el reglamento ejecutivo”¹⁴.

La seguridad social de los docentes corresponde al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio “creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida”¹⁵.

¹³PUBLICACIONES ACTUALIZABLES LEGIS. Estatuto Docente. Home Page: Legis Publicaciones Electrónicas. Disponible en: <http://nxt.legis.com.co/nxt4/frmMainContainer.aspx#>.

¹⁴ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Decreto 2277. (Septiembre 14). Por el cual se adoptan normas sobre el ejercicio de la profesión docente. Artículo 2°. Bogotá D.E. 14 de septiembre de 1979. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1216>.

¹⁵ CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 279. Diario Oficial. Bogotá D.E. No. 41.148. 23 de diciembre de 1993. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Así mismo, el legislador ratificó la vigencia de la “pensión gracia” de los educadores, en los siguientes términos: “La pensión gracia para los educadores de que trata las Leyes 114 de 1913, 116 de 1928 y 37 de 1933, continuará a cargo de la Caja Nacional de Previsión y del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, cuando éste sustituya a la Caja en el pago de sus obligaciones pensionales”¹⁶.

En materia de seguridad social de los docentes ha jugado un papel importante el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, ya que es el encargado del pago de las prestaciones sociales de los docentes y a su vez de garantizar la prestación de los servicios medico asistenciales. Dicho fondo fue creado en la Ley 91 de 1989 como “una cuenta especial de la nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital”¹⁷.

Este fondo reconoce la pensión gracia, la pensión de jubilación, las pensiones posmortem, la pensión de retiro por vejez, la pensión de invalidez y la sustitución pensional. Reconoce también auxilios por accidentes de trabajo y enfermedad profesional, auxilio por maternidad y auxilio por enfermedad no profesional, como también auxilio funerario por fallecimiento del pensionado. Reconoce igualmente indemnizaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional y paga seguro por muerte.

Con la expedición de la Ley 812 de 2003 se dispuso que el régimen aplicable a los docentes que se encuentren vinculados al servicio público educativo oficial “es el

¹⁶ *Ibíd.*, Artículo 279 - Parágrafo 2.

¹⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 91. (Diciembre 29). Por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Artículo 3. Diario Oficial. Bogotá, D. E., No 39.124. 29 de Diciembre de 1989. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-85852_archivo_pdf.pdf

establecido para el magisterio en las disposiciones vigentes con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley”¹⁸, es decir, la Ley 91 de 1989. Sin embargo, con relación a los docentes que se vinculen a partir de la entrada en vigencia de la Ley 812 (junio 27 de 2003), la norma dispuso en materia de pensiones lo siguiente:

Los docentes que se vinculen a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, serán afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y tendrán los derechos pensionales del régimen de prima media establecido en las Leyes 100 de 1993 y 797 de 2003, con los requisitos previstos en él, con excepción de la edad de pensión de vejez que será de 57 años para hombres y mujeres.

Con relación a los servicios de salud, la Ley 812 de 2003 establece que, “estos serán prestados por el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de conformidad con la Ley 91 de 1989, y las prestaciones correspondientes a riesgos laborales serán las que hoy tiene establecido el fondo para tales efectos”¹⁹.

A su vez, en materia de riesgos laborales la Ley 1562 de 2012²⁰ ordenó que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio deberá establecer un Manual de Calificación de Invalidez y tabla de enfermedades laborales para los docentes afiliados a dicho fondo. Igualmente deberán implementar los programas de salud ocupacional, los comités paritarios de salud ocupacional, las actividades de promoción y prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Así mismo, dicha ley expresamente señaló que esta disposición no afectará en nada el

¹⁸COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 812. (Junio 26). "Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario". Artículo 81. Diario Oficial. Bogotá D.C., No. 45.231 de Junio 27 de 2003. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8795>

¹⁹Ibíd., Artículo 81.

²⁰COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1562. (Julio 11). "Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se Dictan otras Disposiciones en materia de Salud Ocupacional". Artículo 21. Bogotá, D.C, Julio 11 de 2012. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>

régimen de excepción en salud que de acuerdo con el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 está vigente para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

7.2 MARCO TEORICO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Revolución Francesa y Revolución Industrial.

La doble revolución fue un proceso histórico, conformado a su vez por dos procesos: la revolución industrial inglesa (iniciada en Inglaterra) y la revolución francesa. Implica la emergencia de un sujeto histórico (la burguesía) que produce ambas revoluciones, con el fin de obtener el poder económico y político.

Fue un proceso de transformación a escala mundial en el que, además de ascender al poder la burguesía, aparecen el socialismo y el comunismo como reacción en contra de la nueva posición de la clase social anteriormente nombrada. La combinación del poder económico y el poder político producen, entre otras cosas, esta nueva revolución.

Se la considera inicio de etapa ya que su influencia se produjo a escala mundial y marcó un cambio profundo en la sociedad, que aun continua influyendo en la vida cotidiana, ya que modificó la organización, la tecnología, y la forma de división de las clases sociales.

La Revolución Francesa “fue el cambio social y político más importante que se produjo en Europa, a fines del siglo XVIII. No fue sólo importante para Francia, sino que sirvió de ejemplo para otros países, en donde se desataron conflictos sociales similares, en contra de un régimen anacrónico y opresor, como era la monarquía. Esta revolución significó el triunfo de un pueblo pobre, oprimido y cansado de las injusticias, sobre los privilegios de la nobleza feudal y del estado

absolutista”²¹. Lo que significaron innumerables cambios a nivel social, económico, cultural, pero sobre todo a nivel laboral, toda vez que la clase obrera y trabajadora empezó a reclamar derechos laborales.

En otras palabras, la Revolución Francesa “creó una nueva sociedad cuya principal característica sería la eliminación de los privilegios y la proclamación de la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley”; sin embargo, este ideal de igualdad se quedaría en el plano de lo teórico, ya que la nueva sociedad establecería un nuevo tipo de jerarquización entre los ciudadanos marcada no por el origen o la sangre, como antes, sino por la posesión de riquezas. Se pasó así de una sociedad estamental cerrada (se era noble por ser hijo de nobles, sin importar méritos o riquezas) a una sociedad abierta pero clasista, en que el dinero y los bienes materiales determinan la clase social. El resultado de la Revolución Francesa, en suma, sería la universalización del ideario burgués y la ascensión al poder de la misma burguesía, que sería la principal beneficiaria de los cambios”²².

Por otra parte, durante la segunda parte del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, tuvo lugar un periodo que quedó en la historia con el nombre de Revolución Industrial; se trató de una época de grandes transformaciones en el ámbito tecnológico, económico, social y cultural, que tuvo su epicentro en Inglaterra. Con la revolución industrial, la industria y las actividades manufactureras sustituyeron al trabajo manual. Esto supuso la mecanización de múltiples procesos productivos y la eliminación de numerosos puestos de trabajo, ya que dichas tareas pasaron a ser realizadas por máquinas.

²¹ SCHMIDT, Sebastian. Resumen de la Revolución Francesa causas, desarrollo y consecuencias. En: Historia Universal. 28 de octubre de 2014. Disponible en: <https://historiaybiografias.com/francesa/>

²²BIOGRAFÍA Y VIDAS LA ENCICLOPEDIA BIOGRÁFICA EN LÍNEA. La Revolución Francesa. Agosto 26 de 2015. Disponible en: https://www.biografiasyvidas.com/historia/revolucion_francesa.htm

Manifiesta el escritor Antonio Escudero que en la revolución industrial “las economías preindustriales producían pocos bienes y servicios y experimentaban un nulo o débil crecimiento. Entre fines del siglo XVIII y las últimas décadas del XIX, la Revolución Industrial logró superar esa situación de pobreza y estancamiento, incrementando la productividad del trabajo humano y originando por primera vez en la Historia un crecimiento económico sostenido. Afectó no solo a la industria, sino también a la agricultura, los transportes, la estructura de la sociedad e incluso a la visión intelectual del mundo. La Revolución Industrial se inició en Gran Bretaña. Luego se extendió a Francia, Alemania, Bélgica, Estados Unidos y Japón. Estos países y otros que se industrializaron más tarde forman parte del mundo rico, mientras que las naciones que no se han industrializado conocen todavía la pobreza”²³.

La revolución industrial le permitió a Inglaterra transformarse rápidamente en una gran potencia. El invento del ferrocarril agilizó los traslados y abarató los productos, a la vez que acercó a las regiones mejorando la circulación y las comunicaciones. Era muy difícil competir con los productos ingleses. Por ejemplo, en 1810, cuando después de la revolución de Mayo Buenos Aires se abrió al comercio libre con Inglaterra, un poncho inglés costaba 10 veces menos que uno de Catamarca. Pero Gran Bretaña no sólo exportaba productos textiles, también exportaba maquinarias, capitales y técnicos para la construcción de ferrocarriles. Los países contratantes quedaban de por vida dependiendo de Inglaterra, por las deudas contraídas y por las necesidades técnicas y de repuestos que sólo proveían las empresas constructoras.

Con la revolución industrial también crecen los conflictos sociales. A muchos capitalistas no les importaba que sus trabajadores, a veces niños de siete años, trabajaran 12 o 14 horas por día en condiciones insalubres con graves riesgos físicos. Su única preocupación era aumentar la producción al menor costo posible,

²³ ESCUDERO, Antonio. La Revolución Industrial. Editorial Anaya. 1997.

es decir, pagando el salario más bajo que se pudiera, aprovechándose de la gran cantidad de desocupados que había. Esta situación de injusticia llevó a la aparición de los primeros sindicatos de trabajadores y las primeras huelgas en demandas de aumentos de sueldo y mejoras en las condiciones de trabajo. La unión de los trabajadores posibilitó la sanción de las primeras leyes protectoras de sus derechos y el mejoramiento de su calidad de vida.

Colombia tomó la iniciativa para establecer programas de Seguridad Social a partir del sistema Alemán que sirvió de ejemplo a varios países. De su origen habla Carrasco: “Los seguros sociales obligatorios fueron creados en Alemania a finales del siglo XIX para dar respuesta a las deficiencias de las instituciones de protección de carácter voluntario existente en la época, el ahorro privado, la mutualidad y los seguros privados, aparecen en el campo de la protección social por iniciativa del estado alemán, con carácter obligatorio y para hacer frente a los riesgos derivados del trabajo subordinado”²⁴.

Afirma Arenas Monsalve²⁵ que en Colombia, desde el nacimiento de la República hasta el año de 1945 no podía hablarse de la existencia de un Sistema de Seguridad Social que se encargara de cubrir de una manera integral los riesgos que podría presentar una persona en el transcurso de la vida como lo son la enfermedad, la muerte, la vejez, entre otros, sino que en ausencia de un esquema de intervención Estatal, los logros en seguridad social eran una combinación de beneficios asistenciales con prácticas mutuales, tanto de los Militares como de los gremios artesanales y de las primeras organizaciones obreras. Estos beneficios fueron creados para atender principalmente calamidades de salud.

²⁴ CARRASCO, Emilio. Diez Años del Sistema de Seguridad Social Colombiano: Evaluación y Perspectivas. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003. p. 21.

²⁵ ARENAS MONSALVE, Gerardo. El Derecho Colombiano de la Seguridad Social. Segunda Edición. Bogotá: Editorial Legis, 2007. p. 62.

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el Sistema General de Seguridad Social en Salud debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes ya señalados. Sin embargo, a la fecha, no se ha alcanzado aún la cobertura universal, lo cual se puede explicar, de una parte, por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y, de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal, la cual determina el aumento de la población beneficiaria del régimen contributivo. Lo anterior plantea una doble dificultad para ampliar las coberturas de salud a través de los dos regímenes existentes debido a que su financiación depende esencialmente de la generación de empleo formal.

Así mismo, la Constitución Política de 1991 dispone la facultad del legislador para regular los contenidos de la seguridad social, entendiendo por tal, “un servicio público de carácter obligatorio y un derecho irrenunciable”. Lo que significa que la seguridad social es un derecho de la persona que se materializa mediante la prestación de un servicio público de carácter obligatorio.

La doctora María Victoria Santana Londoño ha manifestado que la seguridad social desde el derecho constitucional colombiano: “ha reconocido y expresado lucidamente la incorporación de estas dos facultades - la dignidad humana y la

solidaridad-, las cuales cumplen un papel substancial en el desarrollo básico encaminado a satisfacer las necesidades mínimas de una sociedad: la alimentación, la salud, vivienda digna, educación, trabajo, etc. Pues son aspectos esenciales que tiene cada persona en la báscula del reconocimiento y garantía de este derecho – LA SEGURIDAD SOCIAL -, que pese a la relación, concreta que tienen con dichos principios – dignidad humana y la solidaridad – si logra extenderse por sí solo como un derecho fundamental”²⁶.

Existen innumerables definiciones para el termino de seguridad social por autores de talla nacional como internacional, las cuales son acogidas por diferentes lectores; para nuestro caso en particular como futuros abogados, la definición más acertada para este término lo da La honorable corte constitucional en sentencia, argumento que la seguridad social es: “La Seguridad Social es reconocida en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional fundamental. De esta manera, los artículos 48 y 49 de la Carta Política establecen la seguridad social por un lado, como un derecho irrenunciable, y por otro lado, como un servicio público, de tal manera que, por la estructura de este derecho, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución. La protección que le otorga el ordenamiento constitucional al derecho a la seguridad social se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional pues son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la seguridad social. Conforme a la jurisprudencia constitucional, el derecho a la seguridad social es un real derecho fundamental cuya efectividad se deriva “de (i) su carácter irrenunciable, (ii) su reconocimiento como tal en los convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano en la materia y (iii) de su prestación como servicio público en concordancia con el principio de universalidad. Sin embargo, el carácter fundamental del derecho a la seguridad social no puede ser confundido con su aptitud de hacerse efectivo a

²⁶ SANTANA LONDOÑO, María. La Seguridad Social en Colombia: un derecho fundamental. Régimen Jurídico. Medellín: Editorial Unaula, 2012. p.112.

través de la acción de tutela. En este sentido, la protección del derecho fundamental a la seguridad social por vía de tutela solo tiene lugar cuando (i) adquiere los rasgos de un derecho subjetivo; (ii) la falta o deficiencia de su regulación normativa vulnera gravemente un derecho fundamental al punto que impide llevar una vida digna; y (iii) cuando la acción satisface los requisitos de procedibilidad exigibles en todos los casos y respecto de todos los derechos fundamentales”²⁷.

7.3 MARCO CONCEPTUAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Para estudiar los orígenes del concepto o la idea de la seguridad social, los autores parten del conjunto de necesidades del hombre en la sociedad y de los mecanismos con los cuales intenta superar esas necesidades. Se señala, entonces que, el ser humano intenta atender a sus necesidades, en primer término, acudiendo a su propio esfuerzo, principalmente a través del trabajo que le proporciona los recursos para satisfacerlas. Pero también la capacidad de prevención del individuo, así como la solidaridad humana, ofrece mecanismos adicionales para la atención de las necesidades sociales.

La constitución política de Colombia, expedida en el año 1991 por una asamblea constituyente integrada en el Gobierno del ex presidente Cesar Gaviria Trujillo, reemplazo a la constitución centenaria de 1886, la cual tenía muy pocas disposiciones sobre seguridad social. En el artículo 19²⁸ de la anterior constitución solo establecía la asistencia pública en cabeza del estado para aquellos que

²⁷ CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA. Sentencia T-164/13. [MP JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB]. Acción de Tutela contra Providencias Judiciales. Bogotá D.C. 22 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-164-13.htm>

²⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia 1986, Asamblea Nacional Constituyente. Artículo 19. Bogotá, 5 de agosto de 1886. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7153>

careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estuvieran físicamente incapacitados para trabajar. Como puede apreciarse, la norma en análisis no contemplaba la organización del seguro social obligatorio, ni el principio de universalidad en la seguridad social. Era una disposición totalmente recortada en sus propósitos.

Entonces, a diferencia de la anterior, la constitución de 1991²⁹ contiene una normatividad mucho más amplia sobre la seguridad social. Los artículos que regular esta materia en la nueva carta son los siguientes:

Art. 44: Consagra como derechos fundamentales de los niños la salud y la seguridad social.

Art. 46: Establece para las personas de la tercera edad los servicios de la seguridad social integral.

Art. 47: Coloca en cabeza del estado adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos sensoriales y psíquicos.

Art. 48: Es el artículo más importante en materia de seguridad social, cuando argumenta que 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”....

Art. 49: Garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

²⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia 1991, Asamblea Nacional Constituyente. Artículos: 44, 45, 46, 47, 48, 49. Bogotá D.C. 4 de julio de 1991. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

Muchas de estas normas de carácter constitucional, son letra muerta, o se han implementado en un pequeño porcentaje en nuestro país. Como lo dijo Fernando Lasalle conferencia pronunciada en Berlín en el año 1862 ¿Que es una constitución?,..... “la verdadera constitución de un país solo reside en los factores reales y efectivos de poder que en ese país rige;.....Se necesita que las fuerzas sociales que constituyen esos factores reales de poder y los gobiernos profundicen en la implementación de los principios constitucionales de la seguridad social con un criterio verdaderamente solidario y universal”³⁰.

Así las cosas, el Estado colombiano crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tal sistema lo divide en dos regímenes. El primero, conocido como el **régimen contributivo**, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado **régimen subsidiado**, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

Existen además otras siglas o conceptos fundamentales a la hora de hablar de seguridad social en salud, consagrados en el libro segundo de la ley 100 de 1993 y que autores como Rafael Rodríguez Mesa los definen así:

- **USUARIO:** “Es la persona que en el régimen de salud utiliza los servicios del sistema. Puede ser afiliado o beneficiario”³¹.

³⁰ LASALLE, Fernando. ¿Qué es una constitución? Ícaro Editores Ltda., Bogotá, 1982, págs. 101-102.

³¹ RODRIGUEZ MESA, Rafael. La Seguridad Social en Colombia, Régimen Jurídico. Bogotá: Editorial Legis, 1999. P.157.

- **BENEFICIARIO:** “Es la persona dependiente de un afiliado que tiene derecho a las prestaciones establecidas en la ley, previo el lleno de los requisitos correspondientes”³².
- **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS):** “Son el núcleo organizativo básico del nuevo SGSSS, régimen contributivo. Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, del recaudo de las cotizaciones y de la prestación del POS-C”³³.
- **FONDO DE SOLIDARIDAD Y GRANTIA (fogyga):** “Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, de conformidad con el estatuto general de la contratación de la administración pública, in personería jurídica ni planta de personal propia”³⁴.
- **UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN CONTRIBUTIVA (UPC-C):** “Es una cuota de valor anual que recibirán las EPS por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria para garantizar la prestación de los servicios contemplados en el POS-C durante ese periodo de tiempo”³⁵.
- **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS-C):** “Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos a que tiene derecho todo afiliado al régimen contributivo”³⁶.
- **CUOTAS MODERADORAS:** “Son aportes en dinero que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso en la EPS. Serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios”³⁷.

³² *Ibid.*, p.157.

³³ *Ibid.*, p.157.

³⁴ *Ibid.*, p.158

³⁵ *Ibid.*, p.158.

³⁶ *Ibid.*, p.158.

³⁷ *Ibid.*, p.159.

- **COPAGOS:** “Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se aplicaran únicamente a los afiliados beneficiarios”³⁸.
- Entre otros...

74. PRINCIPIOS RECTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En desarrollo de los principios constitucionales de la seguridad social – universalidad, solidaridad y eficiencia – (C.P. art. 48 y 49), la ley establece que el sistema de salud en particular estará sujeto a unos principios o reglas básicas del mismo. Tales principios, establecidos originalmente en la ley 100 de 1993 art. 153, fueron redefinidos en la “ley 1438 de 2011 en los siguientes términos (art.3)”³⁹:

- **Universalidad.** El Sistema General de Seguridad (Sic) Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
- **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.
- **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

³⁸ Ibíd., p.159.

³⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. (Enero 19). "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 03. Diario Oficial. Bogotá D.C. Nro. 47957. Enero 19 de 2011. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

- **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

- **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. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

- **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial 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.

- **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.

- **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.

- **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

- **Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

- **Progresividad.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

- **Libre escogencia.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud 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.

- **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. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

- **Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

- **Descentralización administrativa.** En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

- **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 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **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 del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

- **Irrenunciabilidad.** El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

- **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.

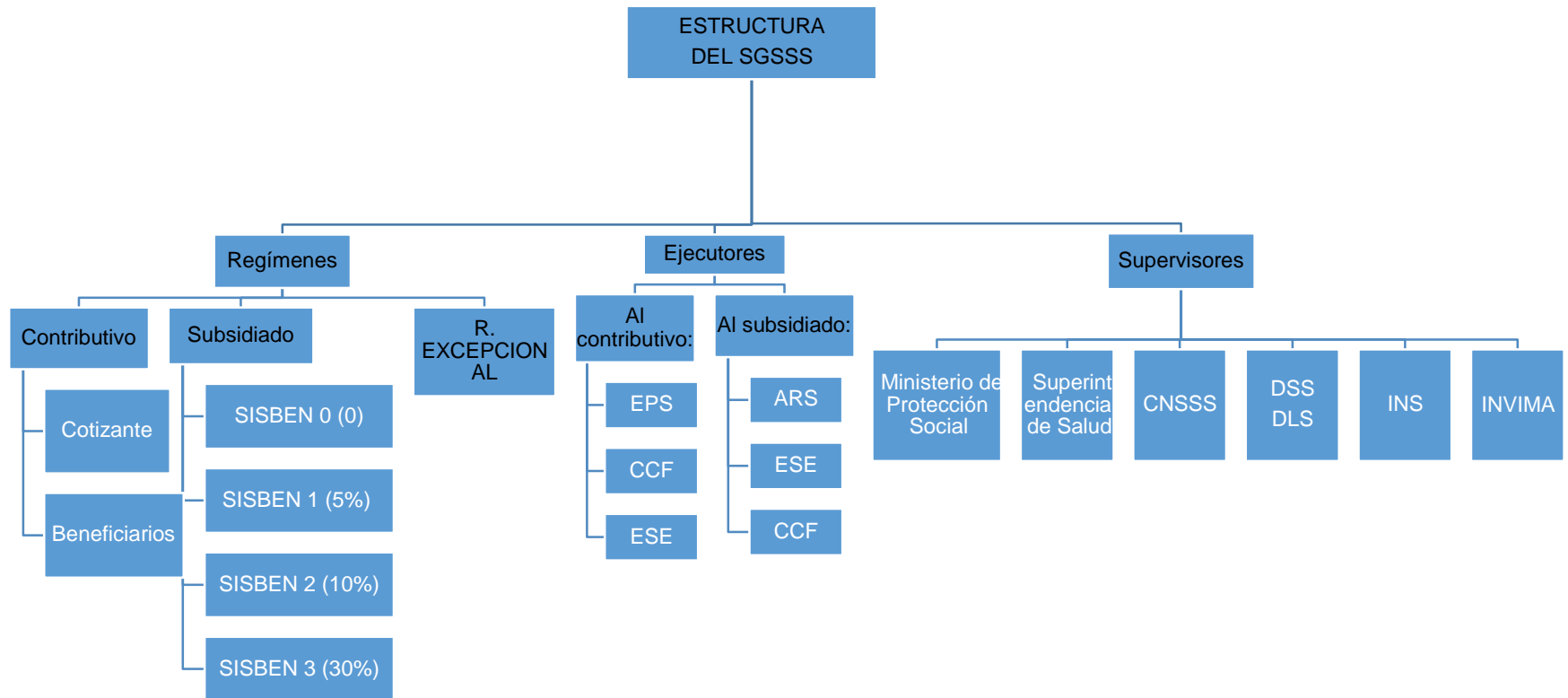
- **Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

- **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.

75. ESQUEMATIZACIÓN O CUADRO CONCEPTUAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

- EPS:** Entidad Promotora de Salud
- CCF:** Caja de Compensación Familiar
- ESE:** Empresa Solidaria del Estado
- CNSSS:** Consejo Nacional del Sistema de Seguridad Social en Salud
- DSS:** Dirección Seccional de Salud
- DLS:** Dirección Local de Salud
- INS:** Instituto Nacional de Salud
- INVIMA:** Institución Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
- ARS:** Administradoras del Régimen subsidiado

Figura 1. Ley 100 de 1993



7.6 ALCANCE NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El marco jurídico del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) establece las condiciones de funcionamiento, operación y las responsabilidades de los actores del sistema. Con esta regulación se pretende garantizar los derechos fundamentales de la población colombiana, tal como lo establece la Constitución Política de 1991, refiriéndose al acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable del país registrada dentro del régimen subsidiado.

Respecto de la normatividad nacional existente, para garantizar el acceso a los servicios de salud y derecho fundamental a la seguridad social en salud de toda la población sin distinción alguna, es indispensable referimos primariamente a nuestra carta magna “**Constitución política del año 1991**, en su artículo 48 que establece frente a la seguridad social en salud lo siguiente:

Art. 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. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”⁴⁰.

Posteriormente a la reveladora disposición de nuestra constitución en relación al derecho a la seguridad social, fue promulgada y sancionada por el gobierno nacional de turno, la **ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”**⁴¹; de esta ley se extrajeron los apartes más relevantes y significativos respecto del tema que nos atañe.

En su primer capítulo, se señalan aspectos fundamentales para el correcto funcionamiento del sistema; "... El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios..." (Art. 1, Ley 100 de 1993). También, se establecen unos principios básicos a saber; Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación (Art. 2, Ley 100 de 1993). Queda así expresa las responsabilidades de los aseguradores (EPS y ARS) frente a la administración del riesgo en salud de cada uno de sus afiliados.

Con relación al manejo financiero de los recursos del sistema, el Estado aprobó el **Decreto 882 del 13 de mayo de 1998** por medio del cual se fija el margen de solvencia para asegurar la liquidez de las ARS, entendiéndose esta como la capacidad de pago de las ARS para cancelar en un término no superior a 30 días, las cuentas de sus proveedores y prestadores de servicios de salud.

⁴⁰COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia 1986, Asamblea Nacional Constituyente. Artículo 48. Bogotá, 5 de agosto de 1886. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7153>

⁴¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 279. Diario Oficial. Bogotá D.E. No. 41.148. 23 de diciembre de 1993. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

En este mismo sentido el **Decreto 1804 de 1999** se expidió para servir de plataforma normativa a la operación del régimen subsidiado, en su artículo 4, numeral 5 establece dentro de las obligaciones de las ARS, las siguientes: "...Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el plan obligatorio de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las unidades de pago por capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios (IPS) y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud".

El mismo Decreto 1804 define los requisitos que deben cumplir las ARS para operar los recursos del régimen (Art. 5) que en su numeral 4 señala; "Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y características socio económicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos." Más adelante, y con relación a las reglas para obtener la autorización de funcionamiento (Art. 6) la norma expresa en su numeral 2 literal c; "La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware y recurso humano disponible con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia...".

La aparición de la **Ley 715 de 2001** con la derogación de Ley 60 de 1990 definitivamente descentralizó la administración de la salud, de los recursos, y definió las competencias y responsabilidades de los entes territoriales entre otros en materia sanitaria para establecer, además, la posibilidad de hacer más flexible

y autónoma la operación del sistema, y convertir gradualmente los recursos de la oferta hacia el subsidio a la demanda de manera que se alcanzaran rápidamente mayores niveles de cobertura en subsidios.

El **Decreto 2309 de 2002** define el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) de la atención de salud del SGSSS. Esta norma es la plataforma que redefine los criterios de calidad que deben cumplir tanto administradores (EPS, ARS) como prestadores (IPS y Profesionales Independientes). Con ésta regulación se desprendieron las Resoluciones 1439 de 2002 y 581 de 2004 así como el Decreto 515 del mismo año que define el sistema de habilitación para las ARS.

El **Decreto 050 de 2003** adopta las medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado y en su artículo 2 establece las obligaciones de los actores; "Los actores que intervienen en la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, tienen la obligación de garantizar el flujo de los mismos, a través del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto y demás normas que regulan la materia; y responderán por su acción u omisión según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. El incumplimiento de las obligaciones dará lugar a la aplicación de las sanciones personales, entre otras, las del artículo 68 de la Ley 715 del 2001".

Por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) como órgano rector de las políticas del sector, la disposición más significativa en esta segunda fase de reformas lo constituyó la aprobación del **Acuerdo 244 del 2003**, que en su contenido modifica sustancialmente el Acuerdo 077 del 1994 expedido en su momento como la plataforma operativa del Régimen Subsidiado. Lo más significativo es el ajuste que imprime a las condiciones actuales del mercado, e

introduce por primera vez los conceptos de habilitación y regionalización como el punto de partida para reformar la organización, operación y administración del sistema. Estas nuevas reglas de juego siembran el enfoque de la Gerencia del Riesgo y la eficiencia administrativa para la nueva etapa del modelo de aseguramiento.

Como consecuencia en el año 2004, se expidieron dos normas que generan un gran impacto en el modelo de administración de los subsidios, la primera es el **Decreto 3260** por medio del cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el sistema derogando parcialmente el **Decreto 050 de 2004**. En este Decreto se destaca el giro directo de los recursos sin situación de fondos que le permite al asegurador recurrir a la demanda directa para el abono de sus pagos cuando el ente territorial incumpla, interrumpa o eluda sistemáticamente la secuencia del flujo de recursos. Y el Decreto 515 por medio del cual se define el sistema de habilitación de las entidades administradoras del régimen subsidiado, acompañado de la Resolución 518 que define el manual de los estándares de calidad necesarios para demostrar la capacidad, la infraestructura administrativa, técnica y financiera para demostrar las condiciones de operación y permanencia en la administración de los riesgos y los recursos del sistema.

Posteriormente a la ley 100 de 1993 surgen nuevas reglas legales en relación al sistema general de seguridad social en salud, tal es la **ley 1122 de 2007** “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”⁴²; La Ley 1122 es el resultado de un largo y complejo proceso de discusión nacional iniciado en el 2003, con ocasión de cumplirse los primeros diez años de aprobación de la Ley 100 de 1993.

⁴² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122. (Enero 09). “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D.C. a los 09 días del mes de Enero del año 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

El texto de la Ley 1122 enseña el predominio de acuerdos políticos y la búsqueda de beneficios para varios de los actores del sistema, en desmedro de una política de largo plazo que busque consolidar o cambiar aspectos estructurales para mejorar las condiciones de salud en el país. En cambio, el rigor técnico y jurídico resulta supeditado a lo anterior, y por esto no es muy claro lo que busca la Ley. En efecto, si bien en el encabezado se dice que "se hacen algunas modificaciones" al sistema, en el artículo primero se expresa que el objeto de la Ley es el de "realizar ajustes al sistema" y, con este fin, "se hacen reformas" en una serie de aspectos. Modificación, ajuste o reforma, no es claro entonces qué se produciría al final sobre el sistema vigente.

Se destacan los siguientes aspectos críticos que resultan de la lectura de la Ley:

- En sus 45 artículos solamente se hace explícita la modificación de dos artículos de la Ley 100, el 204 y el 214, referidos al financiamiento. Con esto se revela cómo la discusión no se centra en los aspectos formales o de diseño del sistema, de modo que se introduzcan cambios específicos que guarden armonía con la legislación vigente en el sentido de hacer explícitos los cambios sobre ella. Más bien, predomina un afán por afectar la implementación por la vía de cambios o adiciones de poco fondo, dejando un amplio espacio para la interpretación de lo que puede cambiar de la Ley 100.
- Se disponen materias con poca fuerza, algunas incluidas en otras normas incluso de menor jerarquía. Así que, además de formalizar aspectos que podrían tratarse de manera coyuntural por vías administrativas, como lo relativo al flujo de recursos, se reiteran principios ya consagrados en la propia Ley 100 o en decretos presidenciales y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como la intención de dar continuidad en la afiliación entre regímenes, subsidiar la afiliación al régimen contributivo o garantizar el acceso en sitios de atención cercanos a la población afiliada.

- Proliferan las atribuciones o delegaciones en el ejecutivo para que reglamente, y no siempre se establece límite de tiempo. Hay 24 referencias concretas sobre el particular. Con esto se avecinaría una avalancha de decretos y normas reglamentarias que, al fin de cuentas, podrían constituir en su conjunto un cambio legislativo de importancia y posiblemente se presenten dificultades en cuanto a la observancia del orden constitucional y jurídico.

A pesar de estos juicios críticos, ciertamente la Ley introduce cambios sobre algunos aspectos del sistema que tal vez a partir de su reglamentación provoquen mejoras en él.

Principales cambios o ajustes sobre el sistema:

Lo más importante de la nueva Ley, en cuanto a modificaciones sobre la estructura y el funcionamiento del sistema, se refiere al intento por reformar aspectos de la gobernabilidad o institucionalidad, tema que fue propuesto como proyecto de ley con el propósito exclusivo de crear la Comisión de Regulación en Salud (**CRES**) y que resultó incorporado en la negociación política que dio lugar al texto de la Ley 1122. Con esto se ha procurado resolver la multiplicidad de roles que asumía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como regulador, organismo de concertación y administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), así que se depura la primera función en la CRES, la segunda se mantiene para el Consejo y este hace las veces de consultor de la Comisión y del Ministerio de la Protección Social, y la tercera se traslada a este Ministerio.

Además de lo anterior, se destaca en la Ley 1122 la creación del sistema de inspección, vigilancia y control, con la adopción de una nueva jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual va acompañado de la figura del defensor del usuario. Estos aspectos, unidos al propósito de tener

información útil y oportuna, pueden constituir aportes muy valiosos para un mejor desempeño del sistema.

En cuanto a la integración vertical y la posición de mercado, en la Ley se encuentran declaraciones que vale la pena analizar a fondo para determinar en realidad qué hay de nuevo y qué tanto podrá reglamentar el gobierno. Dice la Ley 1122 que las entidades promotoras de salud (EPS) no podrán contratar más del 30% del gasto en salud con sus propias instituciones prestadoras de servicios (IPS).

Otro aspecto institucional se refiere a ciertas disposiciones relacionadas con las ESE, en las cuales se destacan la homologación del período del gerente con el de los alcaldes, presuntamente para evitar conflictos políticos por la falta de sincronía entre los mandatarios y los gerentes; la revisión de requisitos para establecer una ESE y la posibilidad de que varias de ellas puedan fusionarse y se establezcan categorías de estas entidades según criterios de índole económico, social, administrativo y jurídico, entre otros. Constituye este aspecto un cambio importante frente a la rigidez impuesta por la Ley 100 y los encargados de su implementación, muchos de los cuales pensaron que cada hospital público debería transformarse en ESE, con la consecuente carga de costos que fue responsable en parte de la crisis hospitalaria desatada a partir del 2000.

Por último, la Ley faculta al Ministerio de la Protección Social para que establezca mecanismos para la evaluación a través de "indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar", los cuales podrán usarse para definir estímulos y castigos a las entidades que administren recursos del sistema, oportunidad muy interesante para orientar los esfuerzos de los actores del sistema hacia el alcance de metas en salud.

Después aparece la **ley 1438 del año 2011**“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”⁴³:

En esta ley se incluyen las 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. En la ley 1438 también se tienen en cuenta lo que es atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia este plan de beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. También la universalización de aseguramiento que dice que todos los residentes en el país deberán ser afiliados del sistema general de seguridad social en salud.

Existen unos aspectos que trae consigo esta nueva reforma al S.G.S.S.S los cuales son FUNDAMENTALES y debemos traerlos a colación y son los siguientes:

En primer lugar, los niños y adolescentes con discapacidad o enfermedades catastróficas en el Sisben 1 y 2, tienen todos los servicios y medicamentos GRATIS. El artículo 18, de la Ley 1438 de 2011, establece dicho beneficio expresamente según la Ley, veamos:

Artículo 18. Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas,

⁴³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. (Enero 19). "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 03. Diario Oficial. Bogotá D.C. Nro. 47957. Enero 19 de 2011. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.

En segundo lugar, los niños y adolescentes víctimas violencia física o sexual, régimen contributivo o subsidiado, tendrán atención integral de rehabilitación GRATIS.

Tal como establece el artículo 19, el propósito es que el niño o adolescente víctima de vejámenes contra su integridad física o sexual, tenga por parte de las EPS, tanto del régimen **contributivo**, cómo el **subsidiado**, **toda** la rehabilitación física y mental. Veamos:

Artículo 19°. Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

En tercer lugar, las Peticiones de medicamentos o servicios por fuera del POS, la EPS tiene 2 días para resolver.

Son muchos los medicamentos, tratamientos, o procedimientos que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud –POS-, pero son necesarios para una satisfactoria recuperación del afiliado (cotizante y beneficiarios), por ello, el médico tratante los ordena. Pero al estar por fuera del POS, deben ser autorizados por el Comité Técnico Científico de la EPS, so pena, que el usuario acuda a su reclamación a través de Acción de Tutela. Para evitar eso, La Ley 1438 de 2011,

les impone a las EPS un término perentorio de 2 días calendario para que resuelvan la solicitud ordenada por el médico tratante. Veamos:

Artículo 26. Comité Técnico-Científico de la EPS. Para acceder a la provisión de servidos por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la EPS con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

Los comités técnicos científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos y tratantes. Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.

PARÁGRAFO. La conformación de los Comités Técnico científicos debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.

En cuanto lugar, la Segunda Instancia ante negativas del Comité Técnico Científico.

Así como los Comité Técnico Científicos, tienen 2 días para resolver una petición de un medicamento, tratamiento o procedimiento, en caso de alguna negativa, a pesar de estar justificado por el médico tratante su diagnóstico y alternativa, el usuario podría acudir a una Segunda Instancia, la cual tendrá **7 días** para resolver, órgano que será conformando directamente por la Superintendencia Nacional de Salud. Veamos:

Artículo 27°. Creación de la junta técnica científica de pares. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de salud; la junta técnica científica de pares tendrá un término de siete (7) días calendario para emitir el concepto respectivo. La Superintendencia Nacional de salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo. Parágrafo. La conformación de la Junta Técnico Científica debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.

En quinto lugar, 3 años para reclamar prestaciones económicas por parte del empleador a la EPS

Sobre el particular, había un silencio en normas anteriores, cuyo vacío acaba de ser cubierto en el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011, al establecer que el empleador tendrá hasta 3 años para cobrar a la EPS las incapacidades o licencias que haya pagado directamente al trabajador, siendo responsabilidad de la EPS. Veamos:

Artículo 28°. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las EPS el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.

En sexto lugar, los trabajadores temporales o jornaleros de salarios inferiores al s.m.m.l.v., podrán seguir en el Régimen Subsidiado y no serán afiliados al contributivo

Sobre el particular, la norma permite a aquellos trabajadores temporales o jornaleros cuyo salario **no alcance a un s.m.m.l.v.**, podrán decidir si no quieren que los afilien al régimen contributivo y seguir con el subsidiado. Claro está, que en estos casos, el empleador deberá seguir haciendo la contribución a salud del trabajador que normalmente pagaría al régimen contributivo, pero lo hará a favor del Régimen Subsidiado. Es importante anotar, que en ésta modalidad, el trabajador no recibirá por parte del Promotor de Salud, el pago de prestaciones económicas. (*Licencias e incapacidades*). Lo anterior está muy ligado al artículo 46 de la Ley 1429 de 2010 o Formalización y Generación de Empleo, el cual permite, en caso contrario que el trabajador si decida afiliarse al régimen contributivo, su afiliación a SISBEN se podrá mantener suspendida hasta por dos (2) años. Veamos el artículo 35 de la Ley 1438 de 2011:

Artículo 35. Permanencia en el régimen subsidiado. Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en éste cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud Y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.

Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago que por el trabajador

debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.

En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la relación laboral el empleador deberá pagar los aportes que adeude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En Séptimo lugar, la Protección de la continuidad, en los Planes Voluntarios de Salud.

Con ésta norma, se pretende que las personas que adquieran Planes Voluntarios de Salud, éstos sean prorrogados automáticamente si el usuario quiere y está cumpliendo con su pago puntual. Pues muchas veces las EPS que ofrecen dichos planes voluntarios, aprovechan en las respectivas renovaciones, incluir nuevas preexistencias médicas y así poder terminar el contrato de servicios. Veamos:

Artículo 41. Protección al usuario. Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios **no** podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

En Octavo lugar, Desaparecen las multas por inasistencia a citas médicas.

A partir del pasado 19 de enero de 2011, fecha en que se expidió la Ley 1438 o Reforma a la Salud, ninguna EPS podrá cobrar algún tipo de multa, ni a cotizantes

ni beneficiarios por incumplir la cita. Sólo podrán imponer sanciones pedagógicas. Miremos la norma:

Artículo 55. Multas por inasistencia en las citas médicas. Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las Entidades Promotoras de Salud para tal fin.

En Noveno lugar, Los médicos son autónomos en diagnosticar y recetar.

Con ésta norma, se busca que los galenos puedan, diagnosticar, pero sobre todo, recetar medicamentos u ordenar tratamientos según su conocimiento científico y no presionado por las directivas de las EPS para que recomiende algún tipo de medicamento o restrinja algún tipo de procedimiento médico.

Artículo 105. Autonomía profesional. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda **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.

En Décimo lugar, Control a evasores de los aportes a Seguridad Social.

Con ésta norma, se enmarca en rango legal, la facultad que tiene el Ministerio de Protección Social para usar todos los mecanismos legales, para verificar y

sancionar la evasión en los pagos de Seguridad Social, por ejemplo, con el cruce de datos, en bases de distintas entidades, por ejemplo, Dian.

Artículo 123. Control a los deberes de los empleadores y otras personas obligadas a cotizar. La Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) verificará el cumplimiento de los deberes de los empleadores y otras personas obligadas a cotizar, en relación con el pago de las cotizaciones a la seguridad social.

La Unidad Administrativa de Gestión Pensional Y Contribuciones Parafiscales de la protección Social (UGPP), previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 204 y, 210 de la Ley 100 de 1993 por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de mil (1.000) s.m.m.l.v. a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Y por último, los Requisito para reclamación por accidente de tránsito ante SOAT.

Cuando una persona tiene un accidente de tránsito, bien como conductor, pasajero o peatón, tiene derecho a una atención y a unas prestaciones económicas que serán cubiertas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT-. Pero como toda aseguradora, exigen muchísimos trámites y documentos para hacer cualquier desembolso económico. Ahora el herido, sólo deberá presentar la prueba del médico de urgencias que lo atendió sobre el hecho acaecido, nada más. Otro tipo de documento cómo croquis, informe de los Agentes de Tránsito, etc., será una **labor directamente de la Aseguradora**, pero no se le puede pedir a la víctima que tenga ir a conseguir esos documentos. Miremos la norma:

Artículo 143. Prueba del accidente en el SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, **será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho**, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores. **Parágrafo.** Sistema de Reconocimiento y Pago del SOAT. El Gobierno Nacional reglamentará en un término de seis (6) meses, el Sistema de Reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito (SOAT), disminuyendo los trámites, reduciendo los agentes intervinientes, racionalizando el proceso de pago y generando eficiencia y celeridad en el flujo de los recursos.

En la actualidad la **ley 1751 de 2015** “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” o **ley estatutaria en salud**”⁴⁴.

La Ley 1751 de 2015 mejor conocida como Ley Estatutaria en salud, trae diferentes beneficios para los usuarios, uno de ello es que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un derecho fundamental, es decir, a nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad. Además de este valioso aporte también la nueva ley estatutaria ha aportado pilares esenciales tales como:

a. Obligatoriedad del Estado

La Ley 1751 de 2015 obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de

⁴⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley Estatutaria 1751. (Febrero 16). Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras Disposiciones. Bogotá, D.C., 16 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los pacientes.

b. Sostenibilidad Fiscal

La sostenibilidad fiscal del sistema es uno de los puntos clave dentro de la Ley 1751 de 2015 pues, desde ahora esta no puede ser una causal de impedimento para prestar eficiente y oportunamente el servicio de salud.

Por eso, el Ministerio de Salud y Protección Social divulgará anualmente las evaluaciones sobre resultados de goce efectivo para los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

A partir de esos resultados se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones del servicio de salud.

c. Integralidad

La Ley 1751 de 2015 establece que de ahora en adelante no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad.

“No se podrá fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.

d. Equidad en el Sistema

La Ley Estatutaria de Salud - 1751 de 2015 busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

e. Deberes y Derechos de los Pacientes

Dentro de la Ley Estatutaria se establece los deberes y derechos de los pacientes para la prestación del servicio, es la primera vez que los pacientes cuentan con este tipo de beneficios que busca garantizar el derecho fundamental a la salud.

f. Atención Primaria

La Ley 1751 de 2015 prioriza la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

g. Prohibición de la negación del servicio

Con la Ley Estatutaria no se podrá negar al paciente la prestación del servicio, ni se necesitará de autorizaciones para acceder al servicio de Urgencias. Cualquier entidad que niegue el servicio al paciente será sancionada.

h. Prestación de los servicios de Salud – POS

La Ley Estatutaria de Salud acaba con la lista de servicios de salud que estaban en el POS y a los que anteriormente los pacientes podían acceder. Con la Ley 1751 de 2015 los pacientes pueden acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación. Con excepción de tratamientos que tengan una finalidad cosmética, que no cuente con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica; que estén en fase de experimentación y que se tengan que prestar en el exterior.

i. Autonomía Médica

Gracias a la Ley 1751 de 2015 los profesionales de la salud tendrán autonomía en sus decisiones al momento de tratar a un paciente. Serán sancionados en caso de constreñimiento, sobornos o cualquier abuso en su ejercicio profesional que atente contra la salud del paciente.

Igualmente se garantiza unas condiciones laborales justas y dignas, como de estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos.

j. Política Farmacéutica

Se regulará el precio de los medicamentos por parte del Gobierno mediante una Política Farmacéutica Nacional que busca la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental de la salud.

k. Servicio en las zonas marginadas

El Estado deberá garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas. La Ley Estatutaria determina que no podrá ser un impedimento para la extensión de la red hospitalaria por rentabilidad económica, sino por rentabilidad social.

Podemos considerar que la firma de la Ley Estatutaria de Salud es un paso vital en el acuerdo de voluntades entre los diferentes actores, que requiere sensatez en su aplicación final, para lograr un equilibrio vital entre los deberes y los derechos por parte de los ciudadanos y un ejercicio impecable por parte del gremio médico, ahora que tiene una chequera en blanco para suscribir atenciones, en un país que aún no termina de calcular el impacto billonario de esta fabulosa aprobación.

8. DESARROLLO JURISPRUDENCIAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Existen innumerables sentencias de la corte constitucional en las cuales hay pronunciamientos acerca del derecho fundamental a la salud y que hacen relación directamente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero la sentencia de tutela T-760 del año 2008 es quizás el fallo más relevante en correlación al derecho fundamental a la salud y el S.G.S.S.S, tema que para la respectiva modalidad de grado me atañe.

SENTENCIA T- 760 DE 2008.

Este fallo es la compilación de sentencias de tutela en las cuales esta corporación (Corte Constitucional) encontró como el derecho a la salud fue vulnerado, en algunos casos con la negociación de servicios médicos tales como procedimientos médicos, medicamentos, etc.

En su sentencia t-760 /08⁴⁵, La Corte distinguió claramente entre las cuestiones legales y órdenes respecto de los 22 casos y las fallas generales que afectan a todo el sistema. La Corte consideró como cuestión legal general si las fallas regulatorias detectadas en los 22 casos representaban una violación de las obligaciones constitucionales de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud por parte de las autoridades competentes.

La Corte determinó concordantemente que las autoridades violaron sus deberes y órdenes constitucionales. La sentencia incluyó un resumen de la jurisprudencia constitucional colombiana sobre el derecho a la salud. Conforme a la

⁴⁵COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008. [MP DR. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA]. Derecho a la Salud. Bogotá, D.C. 31 de Julio de 2008. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

jurisprudencia desarrollada previamente por la Corte Constitucional de Colombia, el derecho a la salud de los peticionantes se puede exigir por medio de acciones de tutela cuando (1) existe una relación identificable con "derechos fundamentales", como el derecho a la vida; (2) cuando el caso es presentado por una persona que representa a un grupo vulnerable como niños, embarazadas o ancianos; (3) cuando el servicio de salud en cuestión está incluido en la política de salud nacional, la cual define las obligaciones del Estado respecto del contenido mínimo del derecho a la salud. La Corte también reafirmó el derecho a la salud como derecho fundamental y examinó las obligaciones legales internacionales del Estado respecto de la salud, especialmente la Observación General Nro. 14 del Comité de Derechos Económicos y Culturales de la ONU.

La Corte impartió órdenes relacionadas con los 22 casos específicos y compelió a las autoridades, incluyendo al Ministerio de Protección Social y los organismos de supervisión y regulación de la salud, a modificar la regulación que causa problemas estructurales dentro del sistema. Un elemento central de lo dispuesto por la Corte es la actualización, aclaración y unificación de los planes de cobertura de salud (Conocido como Plan Obligatorio de Salud o POS). Asimismo, la Corte ordenó que se acelere la asignación recursos al sistema, y que se mejore la evaluación y supervisión de las empresas privadas que proveen servicios de salud.

La sentencia es significativa por tres razones. La razón práctica es que la Corte aparta al sistema de salud de un camino que conducía a la falta de sostenibilidad financiera y corrige las fallas estructurales que limitan el acceso de los usuarios a los servicios de salud. Desde el punto de vista de la jurisprudencia, es crucial la reafirmación del derecho a la salud como un derecho fundamental. En términos teóricos, la Corte innova al impartir órdenes generales que se parecen más a políticas públicas que a dictámenes estándares judiciales, llegando incluso a incluir mecanismos de seguimiento. Ahora bien, desde sus inicios la Corte

Constitucional se ha ocupado de desarrollar el derecho a la Salud, al punto que inicialmente no era considerado como un derecho fundamental y por ello solo era objeto de protección constitucional cuando se encontraba en conexidad con otros derechos fundamentarles como el derecho a la vida y a la integridad personal⁴⁶.

Entonces, el derecho a la salud debe ser visto como un derecho fundamental con protección constitucional independiente de la conexidad que tenga con otros derechos, como un servicio público esencial a cargo del Estado con respecto a las eventualidades que afectan la salud de todos los sujetos de derecho, y como un conjunto de políticas que son ejercidas por organismos públicos y privados mediante procedimientos que propenden por una prestación adecuada del servicio de salud con el fin de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Pese a lo anterior, en el plano factico, no se puede negar que en nuestro país los servicios de salud se encuentran restringidos para millones de personas, ya que el goce de los servicios de salud continúa supeditado a la difícil realidad social, económica y política de nuestra sociedad. Y aun cuando existe un marco normativo⁴⁷ que propende por la cobertura total en salud, especialmente para los grupos sociales más vulnerables, las personas siguen viendo vulnerado su derecho a la salud, ya sea porque el servicio no cumple con las condiciones de calidad y eficiencia, o porque ni siquiera tienen acceso al servicio en sí mismo.

Como vemos, a pesar que existe un marco normativo que reglamenta la prestación de los servicios de salud, el Estado, como ente encargado de velar por

⁴⁶ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-484/92. La frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio, puede afirmarse que el derecho a la salud es fundamental solo cuando está relacionado con la protección a la vida". [MP Dr. SIMON RODRIGUEZ RODRIGUEZ & Dr. JAIME SANIN GREFFENSTEIN]. Véase también la sentencia C-463 de 2008. Magistrado Ponente: Jaime Araújo Rentería. Bogotá D.C. Agosto 11 de 1992. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-484-92.htm>

⁴⁷ La Ley 100 de 1993 reglamenta el Sistema General de Seguridad Social de manera integral en Colombia, pero ha sido modificada posteriormente por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

la protección del derecho a la salud de todos los ciudadanos, ha buscado adoptar medidas que corrijan las deficiencias del sistema de salud colombiano, mediante la expedición de leyes y decretos.

Sin embargo no se ha logrado la universalización de los servicios de salud para que todas las personas puedan disfrutar plenamente del derecho a la salud, es decir, sean afiliados o beneficiarios de un sistema que les garantiza el acceso a ciertos servicios.

SENTENCIA T-296 DEL AÑO 2016

Libertad de escogencia del sistema de salud

La corte constitucional ha sostenido que la libre escogencia “se erige como uno de los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un derecho del afiliado, que consiste en la posibilidad, con que cuenta éste, de elegir entre un amplio catálogo (i) la entidad promotora de salud de su preferencia, para que le administre el servicio y de su red de servicios, (ii) la institución que le prestara la atención correspondiente”⁴⁸.

Sobre el particular, en la sentencia T-436 de 2004, la Corte consideró que el derecho de libre escogencia goza de una triple connotación, pues es a la vez un principio rector y característica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, un derecho para el afiliado y un deber de acatamiento para las Empresas Promotoras de Salud.

En el mismo sentido, la Corte se pronunció en la sentencia C-115 de 2008. “La libre escogencia puede catalogarse como principio del sistema de salud, un derecho del afiliado y una característica del sistema de la seguridad social en

⁴⁸ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia No. T-296/16. Espectáculo Taurino. [MP ALEJANDRO LINARES CANTILLO]. Bogotá, D.C., 22 de mayo 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-296-13.htm>

salud, que consiste en la facultad que tienen todos los afiliados (tanto los del régimen contributivo como los del régimen subsidiado) a escoger, entre las diferentes alternativas de servicios ofrecidos, la entidad que administrará y la que prestará los servicios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (...).

Posteriormente, en la sentencia T-745 de 2013, la Corte analizó la libertad de escogencia, en el caso de una persona que estaba afiliada a un régimen exceptuado de salud -Subsistema de Salud de la Policía Nacional o Magisterio de educadores. En tal decisión, concluyó que el derecho a la libertad de escogencia se hallaba limitado, ya que las personas pertenecientes a un régimen exceptuado solo podrían elegir una I.P.S., con la cual su entidad promotora tuviera un contrato o convenio vigente:

“el principio de libertad de escogencia es una característica del Sistema de Seguridad Social en Salud, que constituye, no solamente una garantía para los usuarios sino que también es un derecho, y que como tal, debe ser garantizado por el Estado.

Sin embargo, también se ha reconocido que la libertad de escogencia no es un derecho fundamental absoluto, en la medida en que está circunscrito a la existencia de contrato o convenio vigente entre la EPS accionada y la IPS requerida, esta libertad puede ser limitada “en términos normativos, por la regulación aplicable; y en términos fácticos, por las condiciones materiales de recursos y entidades existentes, esto es, por ejemplo, en el marco de los contratos o convenios suscritos por las EPS.”

Asimismo, la Corte ha aplicado la limitación del derecho a la libre escogencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejemplo de ello es la sentencia T - 318 del 2015, en la que se dijo que aquel derecho depende de los convenios existentes entre las EPS y las IPS.

“Esta Corporación ha sostenido que la libertad de escogencia no es un derecho fundamental absoluto, pues depende de los convenios existentes entre las EPS y las IPS y, en este sentido, la escogencia puede verse limitada”.

Conforme con los referidos precedentes, la Corte ha señalado que el derecho a la libertad de escogencia ya sea de E.P.S. o de I.P.S., en principio, puede ser ejercido y solicitada su protección, por aquellas personas que pertenezcan a los regímenes contributivo o subsidiado, comoquiera que tal prerrogativa corresponde al desarrollo del mandato legal previsto en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993. No obstante, esta Corporación reconoció la posibilidad que las personas que hacen parte de un régimen exceptuado, gocen del derecho de libertad de escogencia de manera restringida, pues aunque no pueden elegir la entidad promotora de salud que quieren que les administre ese servicio, dado que en los regímenes exceptuados solo existe una entidad encargada de ello, sí pueden seleccionar una I.P.S., con la que su E.P.S. hubiere suscrito contrato o convenio, el cual se encuentre vigente.

SENTENCIA T-272 DEL AÑO 2010

Multiafiliación al Sistema de Salud

Dado que el criterio determinante para la afiliación al régimen subsidiado es la falta o escasez de recursos económicos que le permitan a la persona cotizar, no podrán entonces “ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente (Multiafiliación), o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción establecidos en la normatividad vigente”. Por la misma razón, el **Decreto 806 de 1998** establece en su artículo 48

que “ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado...”.

No obstante las anteriores prohibiciones, con frecuencia se presentan situaciones de doble o múltiple afiliación simultánea, bien sea a varias EPS del régimen subsidiado (antes ARS), a varias EPS del régimen contributivo, o afiliaciones simultáneas al régimen contributivo y al régimen subsidiado, como sucede en el presente caso. Las normas que regulan esta última situación prevén mecanismos para evitar la continuidad de tal circunstancia de Multifiliación. En efecto, el Acuerdo 244 de 2003, proferido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en su artículo 28 determina que en estos casos se procederá así:

“En los casos en que se detecte afiliación múltiple en el régimen subsidiado bien sea por que una persona se encuentre reportada como afiliada dos o más veces en una misma ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a dos o más ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o a los regímenes de excepción, las Entidades Territoriales y las administradoras del Régimen Subsidiado deberán observar los procedimientos establecidos en el presente acuerdo, aplicando en lo pertinente el Decreto 806 de 1998.

“Parágrafo 1°. Las ARS incluirán en el formato del reporte de novedades que se encuentra en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud, la información relacionada con el número de afiliados que como consecuencia de la múltiple afiliación han dejado de pertenecer a la entidad Administradora, con el fin de ajustar los pagos por UPC-S”.

Por su parte el numeral 3° del artículo 50 del Decreto 806 de 1998 determina lo siguiente:

“Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las adaptadas aplicarán las siguientes reglas:... 3. Cuando una persona se encuentre simultáneamente inscrita en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, se cancelará la inscripción en el régimen subsidiado”.

Ahora bien, sobre las razones de solidaridad social que justifican que las normas jurídicas tiendan a evitar los casos de múltiple afiliación simultánea al régimen contributivo y al subsidiado, y que establezcan que en tal circunstancia “se cancelará la inscripción en el régimen subsidiado”, esta Corporación ha dicho lo siguiente:

“Se privilegia por razones de solidaridad la afiliación en el régimen contributivo, toda vez que si la persona está afiliada a dicho régimen es porque posee la capacidad económica para sufragar el costo, requisito que excluye de plano su afiliación al régimen subsidiado que, como ya se mencionó, solamente va dirigido a las personas pobres y vulnerables, en otros términos “dado que la afiliación a uno u otro régimen depende de la capacidad de pago, puede afirmarse que se trata, por tanto, de un sistema excluyente en la medida en que se tiene capacidad de pago y se pertenece al régimen contributivo o se carece de los recursos y tiene derecho a afiliarse al sistema subsidiado”⁴⁹.

Y es que una afiliación simultánea al régimen contributivo y subsidiado transgrede el deber constitucional de “respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios”, ya que la afiliación de una persona con capacidad económica al régimen subsidiado impide el acceso a éste servicio de quien se encuentre en situación de pobreza y vulnerabilidad, sujeto especial a quien va dirigido la implementación del

⁴⁹ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia No. T-272/10. Acción de Tutela de Cajanal contra Sentencia de Tutela de Juzgado. [MP. MARÍA VICTORIA CALLE CORREA]. Bogotá D.C., Mayo 06 de 2014. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-272-14.htm>

señalado régimen, vulnerando asimismo el deber de “obrar conforme al principio de solidaridad social.

Así las cosas, esta doble afiliación constituye una amenaza a la estabilidad del régimen, pues con ella se desvían recursos hacia sectores que no están legitimados para recibir subsidios restringiéndose el acceso a los servicios de salud a personas que efectivamente sí carecen de recursos económicos impidiéndose de esta manera la ampliación de la cobertura del sistema y es que no se puede ser beneficiario de ambos regímenes indistintamente, porque en términos generales, se rompería la naturaleza y la razón de ser de éstos; de esta forma, el perjuicio al sistema se constituye cuando el afiliado al régimen subsidiado se encuentra efectivamente afiliado al régimen contributivo, pues es así como realmente se desmedran los recursos públicos.

La prohibición de la afiliación simultánea en el régimen subsidiado y contributivo responde a la naturaleza de la afiliación al Sistema de Seguridad Social estructurado de forma excluyente, a los deberes ciudadanos de respetar los derechos ajenos, no abusar de los propios y obrar conforme al principio de solidaridad; además que es una herramienta para cumplir con el principio de universalidad y equidad que rige el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social.

Así, existen razones de rango constitucional, que tienen que ver con la proyección práctica del principio de solidaridad, que justifican que las normas jurídicas que gobiernan el Sistema de Seguridad Social en Salud dispongan mecanismos para evitar la multifiliación simultánea a los regímenes contributivo y subsidiado.

No obstante lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que la necesidad de aplicar las normas establecidas para evitar los mencionados casos de afiliación múltiple al Sistema de Seguridad Social en Salud no puede implicar la

suspensión en la prestación de los servicios que requiera un usuario, cuando de ello se derive la vulneración del derecho fundamental a la vida o a la salud. Por eso ha afirmado que aun en estos casos de multiafiliación debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera tal que los “conflictos administrativos” que por esta razón se susciten con otras entidades no constituyan justa causa para impedir la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados. En este sentido, en la Sentencia la Corte dijo lo siguiente:

“No es admisible constitucionalmente abstenerse de prestar el servicio o interrumpir el tratamiento de salud que se requiera bien sea por razones presupuestales o administrativas, so pena de desconocer el principio de confianza legítima y de incurrir en la vulneración del derechos constitucionales fundamentales”.

Ahora bien, como regla general establecida especialmente en el numeral 3° del artículo 50 del Decreto 806 de 1998, antes transcrito, se tiene que cuando una persona se encuentre simultáneamente inscrita en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, se debe cancelar la inscripción en el régimen subsidiado. Esta solución, como se dijo, responde al principio de solidaridad, pues debe presumirse que cuando alguien pertenece al régimen contributivo es porque tiene capacidad de pago, lo que lo excluye como posible beneficiario del régimen subsidiado. No obstante, en ciertos casos particulares esta regla general puede implicar la posible interrupción en la prestación de un servicio vitalmente requerido, por lo cual el operador jurídico debe valorar la amenaza de afectación de derechos fundamentales y, sin perjuicio de la cancelación de la doble afiliación detectada, y prefiriendo la vinculación al régimen contributivo, debe mantener la continuidad en la atención de la salud del usuario, así ello deba llevarse a cabo a través de las instituciones del régimen subsidiado.

Ciertamente, esta Corporación ha explicado que la continuidad del servicio es una garantía que forma parte del derecho a la salud, por lo cual la interrupción de un servicio cuya falta ponga en grave riesgo la vida o la salud de una persona, constituye en sí mismo una violación a este derecho fundamental. En este sentido la Corte ha dicho:

“La garantía de continuidad en la prestación del servicio de salud se entiende incluida en el derecho constitucional fundamental a la salud. De dicha forma ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional a partir de los principios de eficacia, eficiencia, universalidad, integralidad y confianza legítima. En efecto, la Corte ha reseñado que aquélla tiene por objeto asegurar una ininterrumpida, constante y permanente prestación de los servicios de salud con el fin de ofrecer a las personas la posibilidad de vivir una vida digna y de calidad, libre, en la medida de lo factible, de los padecimientos o sufrimientos que sobrevienen con las enfermedades.

SENTENCIA T-124 DEL AÑO 2016

Continuidad en el Sistema de Salud

la Corte ha venido reiterando los criterios que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud – EPS, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio público de salud sobre tratamientos médicos ya iniciados, de la siguiente manera: “(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa

causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”⁵⁰.

Así, la continuidad establece que todos aquellos servicios que “tienen que ver con la garantía de los derechos a la salud y a la seguridad social, la jurisprudencia de esta Corte ha precisado que la continuidad en su prestación garantiza el derecho de los usuarios a recibirlo de manera oportuna y prohíbe a las entidades responsables realizar actos u omitir obligaciones que afecten sus garantías fundamentales[...]. De manera que es claro que, quienes están en la obligación de prestar el servicio no pueden incurrir en conductas u omisiones que comprometan esa continuidad, so pena de afectar los derechos fundamentales de los usuarios de los servicios de la seguridad social en salud”⁵¹

Sobre el mismo punto, en la sentencia T-097 del 7 de febrero de 2008, con ponencia del Doctor Humberto Antonio Sierra Porto, se dijo que “el cumplimiento efectivo y eficiente del derecho constitucional fundamental a la salud conlleva el deber de continuidad en la práctica de tratamientos para la recuperación de la salud y se desprende del mismo modo la necesidad de prestar un servicio oportuno y de calidad que sea simultáneamente universal e integral. La garantía de continuidad en la prestación del servicio es parte, por consiguiente, de los elementos definitorios del derecho constitucional fundamental a la salud que no puede ser desconocido sin que con esta actitud se incurra en una grave vulneración del derecho a la salud y de otros derechos que se conectan directamente con él, como son

⁵⁰ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia No. T-124/16. Servicios de Salud Incluidos y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. [MP LUIS ERNESTO VARGAS SILVA]. Bogotá, D.C., Marzo 08 de 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-124-16.htm>

⁵¹ COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-638/07. Derecho a la Salud de Persona de la Tercera Edad. [MP JAIME ARAÚJO RENTERÍA. Bogotá, D. C., Agosto 16 de 2016. Sobre el tema de continuidad ver las sentencias: T-262 de 2000; T-978 de 2001; C-800 de 2003 y T-413 de 2007.

el derecho a la vida en condiciones de dignidad y de calidad y a la integridad física y psíquica”.

En efecto, en reiterada jurisprudencia, la Corte Constitucional ha desarrollado de manera amplia el principio a la continuidad en la prestación del servicio de salud, determinando que toda persona tiene derecho a que se le garantice la continuidad del servicio de salud, una vez éste haya sido iniciado, de tal forma que se garantice que no se presenten interrupciones durante la prestación del servicio. De tal forma que los errores administrativos en los que se incurra, no pueden llevar a una suspensión abrupta del servicio, y por consiguiente a una violación al derecho constitucional fundamental a la salud.

9. REFERENTE INTERNACIONAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Después de realizar el respectivo estudio acerca del sistema general de seguridad social en salud vigente acá en Colombia; es necesario remontarnos a otros sistemas de salud internacionales los cuales nos darán un punto de referencia a la hora de comparar un sistema de salud del otro. Es por esto que he decidido tener como referencia a los países de España y Canadá, los cuales son países desarrollados que a diferencia del nuestro deben tener buenas bases sociales y jurídicas para que sus habitantes gocen de un excelente sistema de seguridad social en salud.

9.1 ESPAÑA

La Constitución Española(1978)⁵² representó un hecho sin precedentes en la historia de España respecto al reconocimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos, entre esos derechos fundamentales se destacaron el derecho a la seguridad social y el derecho a la salud en los siguientes artículos:

Artículo 41: Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente, en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Artículo 43: Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los

⁵² REINO DE ESPAÑA. Constitución Española (1978). En Congreso de los diputados. Reino de España. 2008.Art. 41 y 43.

derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Posterior a la constitución y con la Ley General de Sanidad, formaron un marco legal de los sistemas de salud hasta la actualidad. La Ley General de Sanidad⁵³, del 25 de abril de 1986, instauro el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos.

LEY 14 DE 1986

LEY GENERAL DE SANIDAD Y SALUD DE ESPAÑA

Su finalidad es, según el **artículo 1**, "la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución".

Capítulo II

De las actuaciones sanitarias del sistema de salud.

Artículo 18

Las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollaran las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.

⁵³ JEFATURA DE ESTADO. Ley 14 de 25 de abril de 1986, ley general en Sanidad y Salud de España. 1986.

2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.
5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.
6. La promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda.
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
8. La promoción y mejora de la salud mental.
9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral.
10. El control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.
11. El control sanitario de los productos farmacéuticos, otros productos y elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para la salud de las personas.
12. Promoción y mejora de las actividades de veterinaria de salud pública, sobre todo en las áreas de la higiene alimentaria, en mataderos e industrias de su competencia, y en la armonización funcional que exige la prevención y lucha contra la zoonosis.

13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.
14. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.
15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud.
16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL.

El Servicio Nacional de salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Los más importantes principios de este modelo son:

1. Universalización de la atención. Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.
2. Accesibilidad y desconcentración. Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.

3. Descentralización. En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.
4. Atención Primaria. En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud.

La Atención Primaria de Salud, según la definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Participación de la comunidad. Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud.

- ORGANIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL

El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices

generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

- ORGANIZACION AUTONOMICA

La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

- AREAS DE SALUD

Las áreas de salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados.

Las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, excepto en algunas Comunidades, pero en cualquier caso, con un mínimo de un área por provincia), socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud.

9.2 CANADA

Canadá es una monarquía constitucional con una soberana, la Reina Isabel II de Inglaterra, como Jefa de Estado. Además, Canadá es un Estado federal con una democracia parlamentaria. Canadá pertenece al “Commonwealth” o Comunidad Británica de Naciones, asociación libre de 53 estados independientes soberanos que formaron parte de la corona Británica.

El gobierno cuenta con tres poderes, Ejecutivo, legislativo y Judicial, que trabajan en interdependencia para asegurar los derechos y las libertades de los canadienses. Cada gobierno provincial y territorial tiene una legislatura elegida que aprueba las leyes. Según la provincia o territorio, los miembros de la legislatura son llamados miembros de la Asamblea Nacional, miembros del Parlamento Provincial o miembros de la Cámara de la Asamblea.

Canadá tiene un **sistema de Salud** financiado en forma predominante con fondos públicos y de prestación privada que se puede describir como un conjunto entrelazado de diez planes de seguro de enfermedad provinciales y tres planes territoriales. Conocido por los canadienses como el “seguro de enfermedad” (Medicare).

Constitucionalmente, cada provincia y cada territorio ejercen la jurisdicción completa de su sistema de salud. El sistema de salud canadiense, está política y

administrativamente descentralizado. Desde el punto de vista legal, las provincias pueden concebir y administrar los programas sociales como lo deseen⁵⁴.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE SALUD O MEDICARE

Los principios que gobiernan el seguro de salud canadiense son cinco, como se detalla a continuación. Ellos deben ser seguidos por los planes de salud, provinciales y territoriales, para que estos reciban transferencias de fondos federales.

-Administración pública. El plan de seguro de enfermedad de una provincia debe ser administrado y operado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable ante el gobierno provincial.

- Integralidad. El plan debe asegurar todos los servicios médicamente necesarios que proporcionan hospitales y médicos. Los servicios asegurados de hospitales incluyen la atención de pacientes hospitalizados en las salas comunes (a menos que sea médicamente necesario dar los servicios en salas privadas o semiprivadas) y todos los medicamentos, suministros y exámenes diagnósticos así como una amplia gama de servicios a pacientes no hospitalizados. Los servicios por enfermedades crónicas también están asegurados, si bien se puede exigir pago por costos de alojamiento a los pacientes que residan más o menos permanentemente en la institución.

⁵⁴ REINHARZ, Daniel. Instrumentos, Taller sobre Nuevos Marcos; El Aseguramiento, Regulación del Financiamiento. La regulación del financiamiento en el sistema de salud Canadiense. Universidad Laval, Quebec. Taller sobre nuevos marcos e instrumentos para la regulación del financiamiento y el aseguramiento en el sector de la salud Santiago, Chile, 2001, p. 1-15. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdd/canada.pdf>

-Universalidad. El plan debe dar derecho al 100 por ciento de la población asegurada (es decir, residentes admisibles) a los servicios asegurados en términos y condiciones uniformes.

- Accesibilidad. El plan debe dar, en condiciones y términos uniformes, acceso razonable a servicios médicos y hospitalarios asegurados sin barreras. No se permiten cobros adicionales a pacientes asegurados por servicios asegurados. No se puede ser objeto de discriminación por motivos de ingresos, edad, condición de salud, etc.

- Transferibilidad. Los residentes conservan su seguro cuando se mudan de una provincia a otra dentro de Canadá o cuando viajen dentro de Canadá o al extranjero. Todas las provincias tienen límites en las cantidades pagadas por los servicios prestados fuera de Canadá, y pueden exigir aprobación previa en el caso de servicios fuera de la provincia que no sean de urgencia.

FINANCIAMIENTO

La atención médica en Canadá es financiada principalmente a través de tributos, en forma de impuestos provinciales y federales a la renta y los ingresos de las empresas privadas. Algunas provincias utilizan métodos auxiliares de financiamiento que están dirigidos nominalmente a la atención médica, tales como impuestos a la venta, deducciones salariales y entradas obtenidas en loterías. Sin embargo, estos fondos no están destinados específicamente a la salud y se agregan a los ingresos centrales de la provincia. Tienen un papel relativamente menor en el financiamiento de la atención médica. Dos provincias (Alberta y Colombia Británica) utilizan primas de salud. Las primas no están clasificadas según el riesgo en ninguna de las provincias y el pago anterior de la prima no es

una condición previa para recibir tratamiento, de conformidad con la Ley canadiense sobre salud.

El gobierno federal impone los principios listados más arriba como condición de transferencia de fondos para los planes provinciales de salud. Sin embargo, una vez transferidos los fondos, las provincias y los territorios tienen libertad de administrar estos fondos de la manera que le parezca más apropiada al ministerio de salud provincial o a similar autoridad regional⁵⁵.

Es importante el hecho de que en un esfuerzo para contener los costos de Medicare la expansión de programas, la compra de equipo costoso, servicios e inmuebles deben ser aprobadas por la comunidad y las autoridades provinciales. Los honorarios de los médicos se negocian entre las provincias y las asociaciones médicas provinciales. Los salarios para enfermería se negocian a través de negociaciones entre los sindicatos y los empleadores.

ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los hospitales canadienses funcionan como entidades sin fines de lucro administrados por consejos comunitarios de fiduciarios, organizaciones voluntarias o municipalidades quienes rinden cuentas principalmente a las comunidades a las cuales prestan servicios, no a la burocracia provincial. Existen clínicas médicas y consultorios privados, que se establecen por iniciativas de médicos y en las cuales se pueden brindar servicios clínicos, de laboratorios y hasta farmacia.

El establecimiento de estas clínicas, que prestan servicios primarios, o incluso más especializados como de cardiología general, se establecen con la autorización del gobierno provincial. Estas clínicas sirven las numerosas instancias

⁵⁵ DE BOLD, Adolfo J. El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense. Instituto de Cardiología de la Universidad de Ottawa, Canadá. Congreso Cardiología.2001.

de cuidado médico primario y cumplen el rol de 20 centros de derivación a centros o médicos más especializados. Alternativamente, el paciente puede ir directamente a la sala de emergencia de un hospital.

Cuando un individuo requiere atención médica, va al médico o clínica de su preferencia y presentan su tarjeta de seguro de salud. El paciente no paga por los servicios de hospital y de médicos, ni tampoco se les exige que llenen formularios por los servicios asegurados. No hay pagos deducibles, ni límites sobre la cobertura de los servicios asegurados.

Las provincias y los territorios dan cobertura por servicios de salud que quedan fuera del seguro de salud para ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos, niños y personas que reciben asistencia social). Estos servicios pueden incluir medicamentos, cuidado odontológico y oftalmológico, prótesis, sillas de ruedas, etc.

A fines de cubrir ciertos gastos que no están cubiertos por Medicare, se puede adquirir un seguro privado o recibir las prestaciones de los planes de seguro colectivos en la empresa donde se trabaje para compensar en parte los gastos por los servicios de salud suplementarios (p.ej. servicios odontológicos, oftalmológicos). Pero, de acuerdo con los principios de Medicare, las compañías de seguros privadas no pueden ofrecer cobertura que duplique los programas gubernamentales.

El sistema de atención médica de Canadá depende en gran parte de los médicos que prestan atención primaria (por ej.: los médicos generales) que representan cerca del 51% de todos los médicos en ejercicio en Canadá. Normalmente son el contacto inicial con el sistema de atención médica oficial y controlan el acceso a la mayoría de los especialistas, a muchos proveedores asociados, a los hospitales, exámenes de diagnóstico y terapia con medicamentos.

Canadá no tiene un sistema de “medicina socializada”, con médicos empleados por el gobierno. La mayoría de ellos ejercen la profesión en forma privada, trabajando en oficinas privadas o en grupos y tienen un alto grado de autonomía. Algunos médicos trabajan en centros de salud comunitarios o ejercen en grupo desde hospitales o están afiliados a departamentos de hospitales que prestan servicios a pacientes no hospitalizados. Los médicos privados reciben generalmente honorarios por los servicios prestados y presentan sus solicitudes de reembolso directamente al plan de seguro provincial para recibir el pago. Otros profesionales de atención primaria, como, por ejemplo, los nutricionistas, odontólogos y psicólogos, no quedan cubiertos por el sistema público de salud. Aunque es cierto que el servicio de la salud canadiense es uno de los mejores del mundo, quizás el mejor, no es este el "nirvana" de la salud. La mayoría de los problemas que se presentan están relacionados con los costos asociados con la práctica de la medicina moderna. De hecho, un sistema como el canadiense puede ser un barril sin fondo; y varias veces ha tenido que ser "ajustado" a las realidades económicas. Este reajuste se ve al nivel de paciente en el alargamiento de las esperas, especialmente para procedimientos electivos.

También existen fuertes presiones de empresas dedicadas a prestar servicios en ese rubro para que se abandonen algunos de los principios del Medicare o para prestar servicios de la misma naturaleza que presta este sistema. Estas presiones hacen que raramente pase una semana sin que los periódicos tengan alguna noticia sobre el Medicare. De todas maneras, sería muy difícil que un partido político sea elegido o re-elegido en Canadá que proponga cambios sustanciales al sistema de salud.

Finalmente, es importante que desde hace un par de años, el sistema de salud y el sistema de investigación en biomedicina se han unificado en lo que ahora se llama los Institutos Canadienses para la Investigación en la Salud. Este nuevo emprendimiento tiene como propósito desarrollar enlaces más estrechos entre los

investigadores básicos en biomedicina, investigadores en sociología y el sistema de salud en sí. El resultado de esta nueva visión es la creación de 13 nuevos institutos que son "virtuales" y un incremento sustancial en los fondos dedicados a la investigación sobre la salud. Cabe destacar que este nuevo concepto no interfiere con los programas de investigación que 22 son iniciados por los investigadores mismos ya que se considera que se debe mantener la creatividad individual para mantener una ciencia y tecnología biomédica competitiva. Es decir, no se presentó el problema de si la ciencia tiene o no que ser aplicada.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN EL S.E.S.

10.1 PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 12 DE DICIEMBRE DE 2016 AL 06 DE MAYO 2017. TOTAL: 16 SEMANAS (4 MESES)

Tabla 1. Cronograma.

ACTIVIDAD	DICIEMBRE/FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Orientación, asistencia y acompañamiento en materia jurídica sobre los problemas de orden legal de los docentes, beneficiarios de los mismos y directivos docentes del SES.																

11. INFORME DE GESTIÓN

Hago entrega de las copias de los documentos realizados.

Practicante: CARLOS JULIO RIAGA RIVERO.

Primer mes de la práctica: periodo comprendido desde 12 de diciembre 2016 al 20 de diciembre 2016 “vacaciones” 16 de enero de 2017 al 05 de febrero de 2017

Tabla 2. Primer mes de la práctica

NUBIA CECILIA FONSECA VELANDIA “19 DICIEMBRE DE 2016”	Derecho de Petición de interés particular, por el cual se solicita información sobre lo pertinente a los aportes de la seguridad social del docente; dirigido.
SHIRLEY JOHANNA SANTAMARIA SANCHEZ “19 DE DICIEMBRE DE 2016”	Derecho de petición de interés particular, solicitando información pertinente sobre reembolso de dinero; dirigido.
MARIA EUGENIA LUCENA LUNA “20 DE DICIEMBRE DE 2016”	Incidente de desacato dirigido contra a la UT Oriente Región 5, sede Fundación Médico Preventiva y la Fiduprevisora, puesto que las mencionadas incumplen fallo de 21 de noviembre de 2016, en el cual el juzgado 3ro Penal Municipal para adolescentes, ordena la realización de la prestación de los servicios de salud, consistente en la valoración por médico especialista en cirugía de cabeza y cuello al docente.
SARA CLEMENCIA SERRANO MORENO “25 DE ENERO DE 2017”	Acción de tutela dirigida contra la secretaria de Educación de Bucaramanga, donde se solicita al juez constitucional tutelar el Derecho fundamental a presentar peticiones respetuosas a las autoridades y recibir respuesta de la misma, y que se ordene dar respuesta a la maestra sobre la petición solicitada.
ANDRES ALBERTO VARGAS MOCANDA “03 DE FEBRERO DE 2017”	Solicitud especial de revisión de impugnación a fallo de tutela, donde el juzgado 2do de ejecución civil del circuito de Bucaramanga, Deniega el amparo el recurso de impugnación del docente en relacional al fallo, vulnerando el derecho al debido proceso del accionante.
RUBY YANTEH PRADA CRUZ “04 DE FEBRERO DE 2017”	Recalificación en materia de pérdida de capacidad laboral de la maestra, dirigida a Avanzar FOS “salud ocupacional”.

Segundo mes de la práctica: periodo comprendido desde 06 de febrero 2017 al 05 de marzo 2017.

Tabla 3. Segundo mes de la práctica

<p>CIRO ALFONSO SANCHEZ CORREA "10 DE FEBRERO DE 2017"</p>	<p>Acción de Tutela, dirigida en contra de la UT Oriente Región 5 y otras. Donde se solicita al juez constitucional tutelar los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la integridad personal, dignidad humana y a la protección especial a las personas de la tercera edad; además se ordene la aplicación de los medicamentos y tratamientos que solicita el accionante.</p>
<p>LUZ DANIELA REYES SOTO "17 DE FEBRERO DE 2017"</p>	<p>Solicitud de constancia para cirugía post ortodoncia des compensatoria.</p>
<p>ELDA RODRÍGUEZ ALMEIDA "23 DE FEBRERO DE 2017"</p>	<p>Acción de Tutela en contra de UT oriente región 5 y otros, donde se solicita al juez constitucional se amparen los derechos fundamentales a la vida, a la integridad personal, entre otros; además se ordene la entrega de medicamentos "suplemento tradicional NUTREN", Pañales. También se ordene la atención integral de los servicios de salud al accionante.</p>
<p>NUBIA CECILIA FONSECA VELANDIA. "28 DE FEBRERO DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela dirigida en contra de la secretaria de educación de Santander, puesto que la mencionada vulnera el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas, el derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades y recibir respuesta de la misma, además se ordene a la accionada dar respuesta a la petición solicitada mediante escrito de fecha 19 de diciembre de 2016 en relación a la liquidación de mis prestaciones sociales y cesantías del año 1997.</p>
<p>LUZ MARINA VEGA CASTRO. "01 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Solicitud de servicios a defensoría del pueblo, toda vez que a la madre de la peticionaria mediante tuitiva de un juez constitucional, se le ampara los derechos a la vida, a la protección especial a las personas de la tercera edad, a la salud, y se ordena prestar los servicios de enfermería y la atención integral de los servicios de salud. Lo anterior en relación a que se han pasado dos incidentes de desacato debido a que las accionadas han incumplido con la orden del juez constitucional.</p>
<p>LUZ AMPARO NUÑEZ CARDOZO "02 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Solicitud de providencia a incidente de desacato, donde el juzgado 3ro Penal del circuito con funciones de conocimiento de Bucaramanga, a la fecha no se ha pronunciado respecto al incidente de desacato incoado el día 15 de noviembre de 2016 y avocado por su despacho el 12 de diciembre del mismo año; vulnerándose así el derecho fundamental al debido proceso del accionado.</p>
<p>CECILIA TERRAZA ZULETA "04 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela impetrada en contra de la Ut oriente región 5, Foscral sede vista azul y otras, solicitando el amparo de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, entre otros; y se ordene cita de control con los especialistas tratantes para futuros procedimientos.</p>

Tercer mes de la práctica: periodo comprendido desde 06 de marzo 2017 al 05 de abril 2017

Tabla 4. Tercer mes de la práctica

<p>MARIA ELSA MASMELA CAMARGO "09 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Solicitud de certificado de paz y salvo, además se solucione los inconvenientes de orden financiero los cuales tiene la peticionaria en relación a su contrato laboral.</p>
<p>FABIOLA DE JESUS LOPEZ HERRERA "13 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela instaurada en contra de la secretaria de educación del Departamento de Girón, colegio Diana Turbay Ayala. Donde se solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud, al trabajo, a la dignidad humana y a la unidad familiar; se solicita que las accionadas respeten el lugar de trabajo de la accionante, respecto de la situación de orden familiar de la misma y que de manera inmediata se acondicione el horario laboral de la maestra.</p>
<p>ORLANDO CONTRERAS CELIS "15 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela en contra de la Ut oriente región y otros, donde se solicita el amparo de los derechos fundamentales a la vida, a la seguridad social, entre otros; además se ordene a las accionadas, la realización de la cirugía de NEFROLITOMIA PERCUTANEA y todo el tratamiento integral.</p>
<p>BENJAMIN OBANDO ESTRADA CORREA "18 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela instaurada en contra de Ut oriente región 5 y otros, donde se solicita el amparo de los derechos fundamentales a la dignidad humana, a la integridad física y mental, entre otros. Y se ordene el procedimiento de ortodoncia pre quirúrgico con fines funcionales y no estéticos.</p>
<p>ROSA MARIA CASTRO "20 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Memorial dirigido al Juzgado noveno administrativo oral de Bucaramanga, donde se solicita respuesta sobre el incidente de desacato incoado el día 17 de noviembre de 2015 y que a la fecha no se ha dado ningún tipo de pronunciamiento acerca del mismo por tal despacho.</p>
<p>HIPOLITO HUMBERTO MENDEZ BALLEJO "29 DE MARZO DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela en contra de Ut oriente región 5 y otros, donde se solicita el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la protección especial a las personas de la tercera edad, entre otros. Además se ordene las citas médicas en las especialidades de urología y neurología las cuales requiere el accionante.</p>
<p>MARTHA ISABEL SUAREZ QUESADA "05 DE ABRIL DE 2017"</p>	<p>Acción de tutela en contra de la Ut oriente, región 5 y otros, solicitando el amparo de los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, a la salud, entre otros; además se ordene la atención integral de los servicios de salud a su esposo "LUIS EDUARDO SANGUINO OCHOA" el cual esta postrado en una cama por sus diferentes patologías.</p>

Cuarto mes de la práctica: periodo comprendido desde 06 de abril 2017 al 05 de mayo 2017

Tabla 5. Cuarto mes de la práctica

RUTH BERTHA SANDOVAL MORANTES "19 DE ABRIL DE 2017"	Solicitud de aclaración de respuesta emitida por la secretaria de educación de Bucaramanga el día 21 de marzo de 2017 (consecutivo N: 468), toda vez que el párrafo final de la respuesta, no es claro y por el contrario se torna confuso.
JAVIER RONDÓN GARCÍA "20 DE ABRIL DE 2017"	Solicitud especial y respetuosa a la secretaria de educación municipal de Bucaramanga, donde se requiere el nombramiento de un reemplazo docente, toda vez que más de 20 niños están sin recibir sus respectivas clases, esto en aras de no violentar el derecho fundamental a la educación de estos menores.
CARMEN CECILIA PABÓN PATARROYO "20 DE ABRIL DE 2017"	Acción de tutela dirigida contra el juzgado 2do civil municipal de ejecución de sentencias de Bucaramanga y otros, donde se solicita al juez constitucional tutelar los Derechos fundamentales a la dignidad humana, al debido proceso, entre otros. Se ordene la reconsideración del ad-quo en relación al fallo emitido por considerarlo anti constitucional.
FABIOLA DE JESUS LOPEZ HERRERA "21 DE ABRIL DE 2017"	Incidente de desacato incoado ante el juez primero de ejecución de penas y medidas de seguridad de Bucaramanga, donde se ordene a las accionadas: Ut oriente región 5 y otras, den cumplimiento de manera oportuna al fallo del día 11 de febrero de 2016, en cual se ordena el tratamiento integral a su hija Yajaira Cardona López.
BETTY BELEÑO "23 DE ABRIL DE 2017"	Acción de tutela instaurada en contra de la Ut oriente región 5 y otros, donde se solicita el amparo a los derechos constitucionales a la vida, a la salud, y especial protección a los niños; además se ordene a las accionadas el tratamiento integral para su hijo "Emanuel Archila Beleño" el cual sufre de trastorno generalizado del desarrollo.
CECILIA TERRAZA ZULETA "25 DE ABRIL DE 2017"	Incidente de desacato instaurado ante el Juez noveno civil del circuito de Bucaramanga, donde se le solicita al juez dar cumplimiento pronto y oportuno a el fallo proferido por su despacho el día 10 de marzo del presente, se solicita dar cumplimiento a lo ordenado el cual refiere al tratamiento integral para el accionante "trasplante de rodilla".
SANDRA ISABEL GARCIA AYALA "26 DE ABRIL DE 2017"	Solicitud de viabilidad para convenio inter-administrativo, por traslado no sujeto a proceso ordinario, radicado ante la secretaria de educación de Santander, en el cual se solicita la posibilidad de tomar la bacante en el instituto integrado de comercio sede C. del municipio de Barbosa-Santander.
RAUL BUENO BALLESTEROS "02 DE MAYO DE 2017"	Carta dirigida al rector de colegio Nuestra Señora de las Mercedes del municipio de Lebrija-Santander. Donde el docente le comunica al rector de un procedimiento en su contra ante la comisaria de familia de esa localidad.
MILTON DANIEL PENAGOS CAICEDO "04 DE MAYO DE 2017"	Derecho de petición radicado ante la Fidupervisora S.A. Fomag. Donde el docente solicita respetuosamente gestionar la valoración por parte de un médico laboral el cual certifique si el docente se encuentra acto o no para poder seguir laborando de acuerdo a las patologías que sufre el docente a la fecha.

12. RECOMENDACIONES

- La dirección del S.E.S. debe desarrollar distintas capacitaciones a todos los maestros y beneficiarios los cuales se encuentren adscritos a su oficina jurídica, capacitaciones las cuales se encaminen en instruir e informar a los maestros acerca del sistema de salud en el cual se encuentran inmersos, con la finalidad de contar con un efectivo conocimiento acerca de sus derechos en materia de salud, términos para el otorgamiento de citas médicas, medicamentos y procedimientos quirúrgicos; y así de esta manera poder evitar la vulneración de derechos fundamentales.
- Durante el tiempo el cual desarrolle la práctica, pude avizorar las distintas falencias en materia de modo y espacio; toda vez que, la oficina jurídica del S.E.S. no cuenta con los suficientes equipos ni mueblería para la correcta y eficaz atención tanto por parte del personal que trabaja en la oficina, como para la cantidad de usuarios profesores los cuales se encuentran vinculados y requieren los servicios de este sindicato de educadores.
- Es necesario que la oficina jurídica del S.E.S. incorpore más funcionarios encargados a la atención de usuarios, recepcionamiento de quejas, entre otras. Toda vez que la señora encargada de estas funciones “secretaria” no da abasto con la cantidad de oficios, gestiones y funciones las cuales tiene a su cargo, lo cual entorpece en buen y eficaz funcionamiento del sindicato.

13. CONCLUSIONES

El conjunto de actividades realizadas dentro del tiempo en cual desarrolle la práctica jurídica “4 meses”, permitieron cumplir a cabalidad con los objetivos inicialmente planteados, toda vez que brindo el acompañamiento necesario a los docentes, pensionados docentes y sus beneficiarios en todo lo relacionado al sistema de salud el cual los cobija.

Con la realización de los documentos y las demás actividades desarrolladas durante la práctica se cumplió en su generalidad y de manera puntualizada cada una las funciones asignadas, contando siempre con el acompañamiento y direccionamiento del Director de la Oficina Jurídica del S.E.S. y las recomendaciones de la directora del proyecto, la profesora Jackeline Granados.

A través del desarrollo de la práctica logre obtener y complementar conocimientos jurídicos sólidos respecto de la normatividad vigente referente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el sistema de salud que cobija a todos los docentes del sector público como régimen especial.

Con la realización de uno de los objetivos específicos como lo fue el folleto “EL MAGISTERIO DE EDUCADORES Y EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD” se logró informar sobre el sistema de salud el cual cobija a la gran mayoría de los docentes y sus beneficiarios los cuales allegan al S.E.S por asesorías o realización de documentos los cuales tienen como único fin y propósito el acceder a los servicios de salud de manera pronta y eficiente.

Es vital analizar el sistema de salud docente y que mejor que hacerlo desde sus adentros, ya que la experiencia vivida en este ámbito me permitió conocer

directamente las diferentes situaciones que se presentan entre los docentes y las entidades de salud en las cuales se encuentran zonificados; Lo cual constituye el fin de este trabajo de grado como lo es “conocer las falencias del sistema de salud docente y proponer posibles medidas de solución para corregir mencionadas falencias”

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, Fernando. Orígenes y Características del Movimiento Pedagógico. Risaralda. CeidFECODE. Disponible en: <http://ceidser.com/Documentos/ORIGENESYARACTERISTICAS.pdf>

BIOGRAFÍA Y VIDAS LA ENCICLOPEDIA BIOGRÁFICA EN LÍNEA. La Revolución Francesa. Agosto 26 de 2015. Disponible en: https://www.biografiasyvidas.com/historia/revolucion_francesa.htm

BOCANEGRA ACOSTA, Henry. Las Políticas Educativas y el Magisterio Colombiano en la Década de los 80. Bogotá, D.C. Universidad Libre. p. 6. Disponible en: <http://www.unilibre.edu.co/dialogos/admin/upload/uploads/Articulo%202.pdf>.

CARRASCO, Emilio. Diez Años del Sistema de Seguridad Social Colombiano: Evaluación y Perspectivas. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003. p. 21.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1122. (Enero 09). "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Bogotá, D.C. a los 09 días del mes de Enero del año 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438. (Enero 19). "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 03. Diario Oficial. Bogotá D.C. Nro. 47957.

Enero 19 de 2011. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley Estatutaria 1751. (Febrero 16). Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras Disposiciones. Bogotá, D.C., 16 de febrero de 2014. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-760 de 2008. [MP DR. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA]. Derecho a la Salud. Bogotá, D.C. 31 de Julio de 2008. Disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia 1986, Asamblea Nacional Constituyente. Artículo 19. Bogotá, 5 de agosto de 1886. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7153>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia 1991, Asamblea Nacional Constituyente. Artículos: 44, 45, 46, 47, 48, 49. Bogotá D.C. 4 de julio de 1991. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1562. (Julio 11). "Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se Dictan otras Disposiciones en materia de Salud Ocupacional". Artículo 21. Bogotá, D.C, Julio 11 de 2012. Disponible en:
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 812. (Junio 26). "Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario". Artículo 81. Diario Oficial. Bogotá D.C., No. 45.231 de Junio 27 de 2003. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=8795>

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 91. (Diciembre 29). Por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Diario Oficial. Bogotá, D. E., No 39.124. 29 de Diciembre de 1989. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-85852_archivo_pdf.pdf

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia No. T-296/16. Espectáculo Taurino. [MP ALEJANDRO LINARES CANTILLO]. Bogotá, D.C., 22 de mayo 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-296-13.htm>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia No. T-124/16. Servicios de Salud Incluidos y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. [MP LUIS ERNESTO VARGAS SILVA]. Bogotá, D.C., Marzo 08 de 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-124-16.htm>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia No. T-272/10. Acción de Tutela de Cajanal contra Sentencia de Tutela de Juzgado. [MP. MARÍA VICTORIA CALLE CORREA]. Bogotá D.C., Mayo 06 de 2014. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-272-14.htm>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-484/92. La frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio, puede afirmarse que el derecho a la salud es fundamental solo cuando está relacionado

con la protección a la vida”. [MP Dr. SIMON RODRIGUEZ RODRIGUEZ & Dr. JAIME SANIN GREFFENSTEIN]. Véase también la sentencia C-463 de 2008. Magistrado Ponente: Jaime Araújo Rentería. Bogotá D.C. Agosto 11 de 1992. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-484-92.htm>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-638/07. Derecho a la Salud de Persona de la Tercera Edad. [MP JAIME ARAÚJO RENTERÍA. Bogotá, D. C., Agosto 16 de 2016. Sobre el tema de continuidad ver las sentencias: T-262 de 2000; T-978 de 2001; C-800 de 2003 y T-413 de 2007.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-164/13. [MP JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB]. Acción de Tutela contra Providencias Judiciales. Bogotá D.C. 22 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-164-13.htm>

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-161 de 2013. Derecho a la Salud como Derecho Fundamental Autónomo. [MP JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB]. Bogotá D.C. 22 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-161-13.htm>

COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Reseña Historia de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=31&idb=67&idc=0>

COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Misión de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=32&idb=68&idc=0>

COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Visión de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=32&idb=69&idc=0>

COLOMBIA. SINDICATO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR EDUCATIVO DE SANTANDER. Objetivos de la Organización. Bucaramanga, Santander. Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.sinedusa.org/web/index.php?ida=32&idb=70&idc=0>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 279. Diario Oficial. Bogotá D.E. No. 41.148. 23 de diciembre de 1993. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 279. Diario Oficial. Bogotá D.E. No. 41.148. 23 de diciembre de 1993. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

DE BOLD, Adolfo J. El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense. Instituto de Cardiología de la Universidad de Ottawa, Canadá. Congreso Cardiología. 2001.

ESCUDERO, Antonio. La Revolución Industrial. Editorial Anaya. 1997.

JEFATURA DE ESTADO. Ley 14 de 25 de abril de 1986, ley general en Sanidad y Salud de España. 1986.

LA SALLE, Fernando. ¿Qué es una constitución? Ícaro Editores Ltda., Bogotá, 1982, págs. 101- 102.

LEGIS. Estatuto Docente. Home Page: Legis Publicaciones Electrónicas. Disponible en: <http://nxt.legis.com.co/nxt4/frmMainContainer.aspx#>.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 2277. (Septiembre 14). Por el cual se adoptan normas sobre el ejercicio de la profesión docente. Artículo 2°. Bogotá D.E. 14 de septiembre de 1979. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1216>.

PUBLICACIONES ACTUALIZABLES LEGIS. Estatuto Docente. Home Page: Legis Publicaciones Electrónicas. Disponible en: <http://nxt.legis.com.co/nxt4/frmMainContainer.aspx#>.

REINHARZ, Daniel. Instrumentos, Taller sobre Nuevos Marcos; El Aseguramiento, Regulación del Financiamiento. La regulación del financiamiento en el sistema de salud Canadiense. Universidad Laval, Quebec. Taller sobre nuevos marcos e instrumentos para la regulación del financiamiento y el aseguramiento en el sector de la salud Santiago, Chile, 2001, p. 1-15. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdd/canada.pdf>

REINO DE ESPAÑA. Constitución Española (1978). En Congreso de los diputados. Reino de España. 2008. Art. 41 y 43.

RODRIGUEZ MESA, Rafael. La Seguridad Social en Colombia, Régimen Jurídico. Bogotá: Editorial Legis, 1999. P.157.

SANTANA LONDOÑO, María. La Seguridad Social en Colombia: un derecho fundamental. Régimen Jurídico. Medellín: Editorial Unaula, 2012. p.112.

SCHMIDT, Sebastián. Resumen de la Revolución Francesa causas, desarrollo y consecuencias. En: Historia Universal. 28 de octubre de 2014. Disponible en: <https://historiaybiografias.com/francesa/>

TUNAY LÓPEZ, Nicolás. Sindicato. ESCRIBD. Agosto de 2016. Págs. 25. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/51692082/SINDICATO>

