

**Análisis de la Política pública en salud para el Municipio de Manizales en virtud del Auto de
seguimiento número 30 de la sentencia T-760 de 2008**



**UNIVERSIDAD DE
MANIZALES**

Cindy Alexandra Parra Londoño

Proyecto Investigativo para optar al título de

Abogada

Docente Asesor

Ph D. Juan Carlos Yepes Ocampo

UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DERECHO
MANIZALES

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
2.1 Importancia para la sociedad.....	5
4.1.....	7
2.2 Importancia para el Derecho	7
3. OBJETIVOS.....	9
3.1. Objetivo General.....	9
3.1.1. Objetivos Específicos.....	9
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
4.1. Descripción del fenómeno objeto de estudio.....	10
4.2 Pregunta de Investigación.....	11
CAPITULO II	12
5. MARCOS DE REFERENCIA.....	12
5.1 Marco Normativo y Jurisprudencial.....	12
6. Marco Teórico.....	15
7. Marco Conceptual.....	20
1. Contexto evolutivo del derecho a la salud en Colombia y sus referentes internacionales.....	22
1.1. Criterios de la Corte Constitucional que dan surgimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y su trigésimo Auto de seguimiento.....	26
2. Definición y Eficacia de Políticas Públicas	38
2.1. Análisis de las Políticas Públicas en el Municipio de Manizales.....	44
3. Comportamiento en la interposición de Tutelas en el Departamento de Caldas según informes del Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo	53
3.1 Política Departamental en procura de una solución en materia de Salud	64
CAPITULO III	69
4. Diseño Metodológico.....	69
4.1 Enfoque.....	69
4.1.2 Método Hermenéutico	72
5. CONCLUSIONES.....	72

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 78

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El constituyente de 1991 ha consagrado la salud como un servicio público a cargo del Estado, organizado con base en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, pero más allá de ser un servicio público la Corte Constitucional ha desarrollado este derecho abordándolo desde la tesis de la conexidad, como lo establece la sentencia T 484 de 1992, pasando por un derecho potencialmente fundamental; posteriormente analizado desde la postura del trato a sujetos de especial protección, hasta llegar al pronunciamiento que lo ratifica como derecho fundamental en Colombia.

En tal sentido, en el desarrollo de la presente investigación, convergen 2 situaciones; la primera de ellas, parte de la evolución normativa que propende una visión del derecho a la salud, trascendiendo de un “servicio público a cargo del Estado” como la definición que refiere la Constitución con la finalidad de hacer un viraje a “ese estado completo de bienestar físico, mental y social” que define la OMS.

Partiendo de tal premisa se analiza de manera concomitante con el contexto fáctico en el que se profiere el pronunciamiento de la Corte como sentencia T 760 de 2008, fomentada por la insatisfacción que traían consigo las altas expectativas generadas por la ley 100 de 1993, pero más allá de ello, en procura de mitigar el pico en la interposición de acciones de Tutela que para el tiempo de dicho fallo se presentaba; como resultado de las recurrentes vulneraciones al derecho a la salud, así como a la necesidad cada vez más imperante por parte de los usuarios, de mediación ante las EPS e IPS, haciendo uso de dicha acción constitucional, con el fin de obtener la prestación de un servicio o realización de un procedimiento, generando en la Corte la

necesidad de proferir un fallo a partir de 22 acciones de tutela que sintetizaban vulneraciones recurrentes en materia de salud.

El pronunciamiento se hizo enmarcado en lo que doctrinalmente se conoce como litigio estructural. Bajo este entendido y tal como se pretende exponer en el desarrollo de la presente investigación, se manifiesta una afectación a gran parte de la sociedad, que alega la protección de sus derechos, involucra varias entidades estatales como lo son el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo entre otras, e implica órdenes de ejecución complejas por medio de las cuales el juez instruyó a entidades públicas a emprender acciones sistemáticas con la finalidad de proteger la población que sufre dichas vulneraciones. De tal forma que dictó 16 órdenes de carácter específico, y ordenó la creación de una sala especial de seguimiento, cuya pretensión se funda en garantizar la eficacia vista desde la transformación de la evidencia social.

La segunda parte, y no menos importante para la presente monografía, incluye un análisis fundamentado en una de estas órdenes, para este caso en el trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T 760 de 2008, con el fin de determinar su incidencia en la generación de política pública en materia de salud en el Municipio de Manizales. Partiendo de una investigación de carácter descriptivo de orden cualitativo, éste proceso de indagación fue realizado a partir de un rastreo de las políticas públicas en salud diseñadas en dicha municipalidad, cuya eficacia en los resultados dista de ser un hecho concreto o material, toda vez que posterior a los procesos evaluativos de las mismas y revisión sobre el cumplimiento de sus objetivos, se ve totalmente limitado incluso desde su definición. Sin embargo y tal cual lo menciona el autor Mauricio Villegas, “La fuerza social del derecho, no se limita a la imposición de un comportamiento o a la creación instrumental de un cierto estado de cosas. La fuerza del

derecho también se encuentra en su carácter de discurso legal y de discurso legítimo; en su capacidad para crear representaciones de las cuales se derive un respaldo político”.

En consecuencia el objetivo primordial de la presente investigación realizada a manera de monografía propende por analizar el impacto que ha tenido el Auto de seguimiento de la mencionada sentencia en la creación de política pública en salud en el Municipio de Manizales, tomando como referente el estudio de los informes emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la Defensoría del pueblo y el repositorio digital de la Secretaría de Salud de Manizales, dicho objetivo se esboza desde la perspectiva holística que permite el análisis cualitativo con el cual se lleva a cabo el proceso investigativo. Se aborda, pese a encontrarse por fuera del contexto regulatorio que encierra una política pública, la necesaria creación de una política departamental que demuestre eficacia material implementada como política de Gobierno, y que materialice los intereses de la población en materia de prestación y acceso a los servicios de salud, bajo premisas de celeridad y servicio.

Por lo anterior, el presente trabajo goza de valor académico en la medida en que no se encuentra supeditado a la política pública como imperativo categórico, propuesto en la sentencia como posible respuesta a las falencias de regulación en salud, pues aunque desarrolla su análisis obedeciendo a los objetivos, encuentra su sustento material en normatividades análogas que pese a carecer de la rigurosidad que requiere una política pública, revela ser un mecanismo que - permeado por la simplicidad- justifica por lo menos en su primer año de implementación ser una solución no solo en el contexto de descongestión por el desgaste judicial que supone la interposición excesiva de acciones de Tutela, sino también, y no menos importante, una verdadera gestión provista desde el servicio y el acceso al ciudadano, quien finalmente

encontrará una respuesta expedita a sus requerimientos en materia de prestación y garantía de su derecho Fundamental a la salud y la vida.

2. JUSTIFICACIÓN

El fundamento del presente trabajo de investigación consiste en analizar el impacto del Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T – 760 de 2008, en la generación de política pública para el municipio de Manizales, con relación al derecho fundamental a la salud, de acuerdo al análisis que realizó la Corte Constitucional en sentencia T – 760 de 2008 siendo éste análisis un aporte importante para el derecho a la salud en Colombia, con relación a las dificultades evidenciadas para acceder a la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta que los casos por prácticas violatorias al mismo, principalmente en lo que tenía que ver con acceso, fueron creciendo exponencialmente desde el año 1999 hasta el año 2007. Aun cuando el Estado colombiano se encuentra sustentado en principios sociales que están en pro de una materialización de garantías constitucionales, se hace necesario vía jurisprudencial impartir pronunciamientos para su salvaguarda, es claro que el tema de la salud tiene una connotación de evidente relevancia para toda la sociedad en general, toda vez que de manera directa involucra necesidades y derechos fundamentales, pero es evidente también que las entidades administradoras del servicio en el cumplimiento de sus funciones, con el fin de ser efectivas en el control del gasto, están sacrificando su fin principal, la calidad en la prestación de los servicios de salud. De conformidad con la Constitución Política, la prestación del servicio de salud debe realizarse de acuerdo a los principios de eficiencia,

universalidad y solidaridad. El principio de universalidad es entendido como la accesibilidad del derecho a la salud a todas las personas sin ningún tipo de diferenciación, mientras el principio de eficiencia estipula que la prestación del servicio de salud debe hacerse de acuerdo a un manejo adecuado de recursos. En el mismo sentido, los artículos 2º, 153 y 156 de la ley 100 de 1993, consagran como principios rectores y características del sistema, entre otros la prestación del servicio de calidad, de forma continua, integral y garantizando la libertad de escogencia.

La pretensión a desarrollar se fundamenta en el análisis del cumplimiento del trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T – 760 de 2008 y la incidencia del mismo en la creación de políticas públicas en materia de salud en el Municipio de Manizales, con el fin de determinar si a raíz de la orden dada por la Corte Constitucional al Ministerio de protección social, para la presentación del informe anual que mida la cantidad de acciones de tutela incoadas y la explicación en caso tal de que el número de tutelas no disminuya, ha coadyuvado a la generación de políticas públicas tendientes a garantizar efectivamente este derecho, sin la necesidad de interponer dicha acción constitucional principalmente en el Municipio de Manizales.

2.1 Importancia para la sociedad

En el desarrollo del presente estudio está claramente establecido el derecho a la salud como un derecho universal que resulta fundamental para la sociedad, dado que el gozar de una buena salud posibilita la participación de los individuos dentro de la misma. La OMS en el año

de 1946 determinó que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. No obstante en la actualidad es común evidenciar notables desigualdades que derivan tanto de las clases sociales como del territorio, y que determinan las condiciones en que realmente se prestan los servicios de salud basados en desigualdades que pueden sumir a grandes grupos humanos, es por ello que se hace cada vez más evidente la necesidad de recurrir a mecanismos jurídicos como la acción de tutela para lograr la prestación de servicios que bien deberían estar garantizados desde un nivel estatal siendo un derecho constitucional.

El artículo 6 de la ley estatutaria 1751 de 2015, establece los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, sin embargo, una de las grandes problemáticas se fundamenta en el desconocimiento tanto de los derechos como deberes que como ciudadanos se tienen en materia de salud, y derivado de ello de los mecanismos jurídicos que fungen como garantes para viabilizar el acceso a los mencionados derechos. En el ámbito internacional se destaca que la salud requiere que se asegure a las personas, tanto de manera individual como colectiva, aquellas condiciones que sean necesarias con el fin de “mantener el más alto nivel posible de bienestar físico y mental”. No obstante, para cumplir con este precepto se hace imperativo identificar mecanismos de prevención desde un marco legal y regulatorio creando condiciones de acceso en todas sus facetas, iniciando desde aquellos mecanismos de promoción y prevención, así como el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad, hasta llegar a los procesos de rehabilitación y paliación. Es por ello que una política pública que garantice el acceso integral y sin distinciones a un régimen amplio de coberturas, permitirá que se materialice en la comunidad

una mejor calidad de vida provista desde el respeto a este derecho, así como el acceso equitativo a los servicios de salud.

2.2 Importancia para el Derecho

Uno de los propósitos principales de la presente investigación, consiste en verificar la injerencia que ha tenido el Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T – 760 de 2008 en la creación de políticas públicas en materia de salud en el municipio de Manizales. Si se observa el más reciente informe de la Defensoría del Pueblo muestra el indicador nacional que corresponde al número de tutelas por cada 10.000 habitantes afirmando que:

El porcentaje fue de 41,68%, cifra superior en 3,85 por ciento a la observada en 2017. En quince (15) Departamentos este indicador fue superior al nacional. En el Departamento de Caldas se mantuvo con el indicador más alto (102,29%), menor en 18,81 por ciento al del año anterior; le siguieron Risaralda, Norte de Santander, Antioquia y Arauca. Cabe anotar que el Departamento de Caldas desarrolló una alternativa de gestión de la salud en el 2018, que busca garantizar una atención de salud oportuna, disminuir la congestión judicial y mejorar el acceso a la justicia (Defensoría del Pueblo, 2018). Pág. 92

Es claro que la labor para un profesional del derecho, debe trascender los conocimientos de los mecanismos jurídicos para garantizar la materialización del bien jurídico que se persigue, y en materia de salud más allá de las normatividades, es necesario establecer si existe un cumplimiento eficaz, no solo en el ámbito legal, sino también de los pronunciamientos jurisprudenciales que generan, como es el caso de la sentencia T – 760 de 2008 y sus Autos de

seguimiento, una necesidad absoluta de implementación y análisis para cumplir con los objetivos que en su consideración la Corte pretende subsanar.

Con ello se busca generar un aporte partiendo desde la incidencia que tiene un pronunciamiento constitucional de tal relevancia, como lo es el caso de la sentencia T – 760 de 2008, y específicamente en uno de los Autos de seguimiento; para el caso en concreto el Auto número 30, en la creación e implementación de políticas públicas para la materialización del derecho a la salud como derecho fundamental, y si de estar creadas las mismas ayudan a reducir la necesidad de recurrir a mecanismos como la acción de tutela, para evitar que dicho órgano constitucional sea quien decida sobre la vulneración o no del derecho que se persigue.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar el impacto del Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T – 760 de 2008 en la generación de política pública para el municipio de Manizales, con relación al derecho fundamental a la salud

3.1.1. Objetivos Específicos

Analizar los criterios de la Corte Constitucional que sustentan el Auto de seguimiento número 30 en el marco de la sentencia T – 760 de 2008.

Describir el contenido de las políticas públicas en Materia de salud en el municipio de Manizales con relación al trigésimo Auto de seguimiento de la S- T 760 de 2008

Determinar el cumplimiento y efecto de la aplicación del Auto de seguimiento número 30 en el marco de la sentencia T – 760 de 2008 en el municipio de Manizales.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Descripción del fenómeno objeto de estudio

Desde el año 1992 se han incoado 7.774.060 acciones de tutela las cuales tienen en evidente congestión el sistema judicial. Dos millones de ellas son interpuestas con el fin de obtener la prestación de un servicio de salud o la entrega de algún medicamento. Esta mecánica no solamente ocasiona un evidente desgaste en el aparato judicial sino también, de manera recíproca, un efectivo desafío para el usuario quien es el principal perjudicado en la obtención del requerimiento de servicio que presenta, máxime cuando se trata de un derecho que como bien se puede establecer en la parte motiva de la sentencia T - 760 de 2008, es fundamental. El Auto de seguimiento número 30 de la Sala especial de seguimiento de la citada sentencia ordenó “al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría, y a la Defensoría del Pueblo en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en dicha sentencia y de no haber disminuido explique las razones de ello” (Corte Constitucional, 2008). Sin embargo, el más reciente análisis de la Defensoría del Pueblo muestra resultados que, contrario a la pretensión, dan evidencia de un aumento sistemático del número de tutelas en este campo. Para el año 2018 las tutelas invocadas en materia de salud corresponden a una cifra de 207.734 “Esta cifra representa un incremento del 188,39 por ciento si se compara con el resultado de 2004, año en que se realizó el primer informe”. (Defensoría del Pueblo, 2018)

De las anteriores cifras se puede deducir que las EPS, así como demás entidades del SGSSS, continúan desconociendo los mandatos Constitucionales y legales de la prestación sostenible, oportuna, continua y equitativa del servicio de salud. Si se revisa en el Departamento de Caldas para el año 2019 fueron tutelados 20.432 derechos fundamentales, de los cuales 9.409 fueron en materia de salud, dejando en evidencia un escenario bastante desfavorable si se trata de la garantía del “estado completo de bienestar físico, mental y social” que define la OMS.

4.2 Pregunta de Investigación

De acuerdo al planteamiento presentado con anterioridad, la cuestión que se pretende abordar con esta investigación consiste en determinar ¿Cómo se ha visto impactada la generación de política pública para el municipio de Manizales, con relación al derecho fundamental a la salud, en virtud del Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T-760 de 2008?

CAPITULO II

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1 Marco Normativo y Jurisprudencial

La Organización de Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud OMS establece “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad”. Para cumplir con dicho estado de bienestar físico, es necesario abordar las políticas públicas que permiten su materialización, estas definidas como “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos” tal cual lo menciona André-Noel Roth Deubel 2014 “las políticas públicas no son el resultado espontáneo del Estado, por el contrario, más bien se trata de un proceso de construcción social producto de la interacción entre el Estado y la sociedad que se encuentra mediado por la gobernabilidad.”

En Colombia el manejo que se le ha dado al derecho a la salud y la trayectoria del mismo ha sido de evidente cambio obedeciendo las necesidades de la sociedad, cuyo origen se remonta a la Constitución del 91, específicamente en su artículo 49 el cual reza “La atención de la salud y el

saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control”.

Sin embargo vía judicial se ha alcanzado una importante evolución normativa en la cual la Corte Constitucional ha adoptado básicamente tres posiciones. La primera de ellas consistía en garantizar el derecho a la salud siempre y cuando este dependiera de otro derecho de una mayor entidad como la vida, la integridad, o la dignidad humana, siendo los anteriormente citados contemplados como fundamentales, lo cual fue jurídicamente conocido como la tesis de la conexidad; desde la sentencia T – 484 de 1992 la Corte ha procurado distinguir los momentos en los cuales el derecho a la salud debe ser considerado simplemente como derecho prestacional de configuración legal, o aquellos en los que debe entenderse como un derecho fundamental. En aquella ocasión la Corte señaló que la naturaleza jurídica del derecho a la salud conforma, en su conjunto, una serie de elementos que permiten derivar de él dos aplicaciones: una según la cual el derecho a la salud es un derecho de carácter asistencial o prestacional cuyo reconocimiento impone acciones concretas al Estado. La segunda encuentra en el derecho a la salud un derecho potencialmente fundamental, en la medida en que lo identifica como expresión directa del derecho a la vida; atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su vida.

Es de esta manera como fue desarrollado en los fallos de tutela, claramente evidenciados en la sentencia T – 597 de 1993, así como en la sentencia de unificación SU – 111 de 1997, en la cual la Corte señaló que la acción de tutela resulta procedente para la protección de este derecho sólo “cuando se comprueba un atentado grave contra la dignidad humana de las personas”, y en el análisis de la sentencia T – 926 de 1999 en la cual le correspondió a la Corte establecer si la disfunción eréctil que presentaba el actor a pesar de no tener propiamente el carácter de enfermedad, y que no crea un riesgo de muerte, sí constituye una afección que pone en peligro la vida en condiciones dignas del paciente, la Corte asumió una postura, en la que decidió tutelar el derecho conexo con la dignidad, ratificada en sentencia T – 867 de 2006, donde se puede observar que la Corte no concede la intervención quirúrgica al accionante por no considerar vulnerado el derecho a la vida y encontrarse el tratamiento a llevar a cabo fuera del POS.

No obstante, hacia el año 2001 la Corte modifica un poco su postura, y aborda la discusión sobre el derecho a la salud cuando se trate de sujetos de especial protección, en la sentencia T – 081 de 2001.

Posterior a ello la Corte asume una nueva postura, evidenciada en el análisis de 22 acciones de tutela, cuyas pretensiones ponían en evidencia una recurrente vulneración a los derechos; no obstante su análisis no se realizó de forma aislada, en la promulgación de un fallo de tutela cuyos efectos son Erga Omnes, para ello la sentencia T – 760 de 2008 resume las cuatro tesis que aborda la Corte, hasta entonces la primera de ellas la salud como derecho fundamental cuando el menoscabo pone en riesgo derechos fundamentales como la vida y la integridad personal y dignidad humana; la segunda la salud como derecho fundamental cuando se

vulneran sujetos de especial protección; la tercera aborda lo establecido en bloque de constitucionalidad y planes obligatorios de salud; y la cuarta ha sido de innegable relevancia en donde reconoce la salud como derecho fundamental y autónomo.

En el plano legal, normativamente en la ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011, se otorgaron facultades jurisdiccionales a la Superintendencia Nacional de Salud para resolver controversias entre las EPS y sus afiliados, lo cual significa que la acción de tutela no supone el único mecanismo para garantizar el acceso a la prestación del servicio de salud, pues la Superintendencia de Salud en virtud de las citadas normas no solamente tiene facultades para dirimir controversias, sino también se le otorgan facultades sancionatorias, que hacen de ella un mecanismo idóneo para lograr una mejor prestación de este servicio, dada su importancia. Sin embargo uno de los avances sociales más relevantes de los últimos 50 años es sin duda la ley 1751 de 2015 o ley estatutaria de salud, que consagra la salud como derecho fundamental, lo cual permite tutelar la vulneración de dicho derecho reconociendo la fundamentalidad del mismo, no solamente vía jurisprudencial sino también con un respaldo legal.

6. Marco Teórico

Evidentemente la Constitución Política de 1991 ha sido la principal garante de los derechos de los ciudadanos, entre ellos la salud que había estado protegida de manera conexas con derechos como la vida, la dignidad humana, y aquellos consagrados en los artículos 44, 48, 49, 365, 366 entre otros. No obstante y pese a que esta protección ha sido objeto de violaciones y vulneraciones sistemáticas, impera la necesidad de garantizar dicho derecho, trascendiendo la manera en cómo abordarlo, pasando de un derecho social, económico y cultural a ser un derecho

fundamental por conexidad hasta llegar a ser un derecho fundamental autónomo, siendo la Corte Constitucional la instancia de cierre encargada de dar revisión a las acciones de tutela.

Manifiestamente el constituyente del 91 consagró la salud como un servicio público a cargo del Estado, encontrándose ésta revestida bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, por este motivo con el fin de dar cabal cumplimiento a estos principios, reconocen acciones de promoción y protección, actuando como servicio público, pero no solo como tal, reconociéndolo como derecho y como deber constitucional, actuaciones en las que debe observarse la garantía efectiva de los derechos fundamentales en el marco de los fines esenciales del Estado.

Sin embargo y pese a su consagración constitucional, la realidad social en la que se da el pronunciamiento objeto de estudio pone en evidencia una situación totalmente ajena, en donde la crisis hospitalaria, usuarios mal atendidos, carencias de acceso a la tecnologías, y la masiva interposición de acciones de tutela, suponía una constante ante la inexistencia de indicadores que permitieran cuantificar retrocesos y avances del sistema de salud; la relación entre el usuario con la entidad que presta el servicio se encontraba revestida de desconfianza, con fundamento en las barreras que dichas entidades imponen, lo que requería intervención contundente de los jueces de tutela.

En efecto la fundamentalidad de un derecho permite que este sea reclamado vía acción de tutela, sin embargo, la providencia y problemática desarrollada en la presente investigación, más allá de constituirse en un pronunciamiento de la Corte Constitucional, permite analizar un fallo de especial contundencia que fue proferido a raíz de falencias de regulación, así como inexistencia e

ineficacia de políticas públicas, en el análisis de situaciones que ya habían sido abordadas por la Ley 100 en su momento, pero que continuaban siendo desconocidas por los actores encargados de reconocerla

De esta manera, mediante órdenes de ejecución compleja por medio de las cuales la Corte Constitucional instruye a varias entidades públicas a emprender acciones coordinadas para proteger a toda la población afectada, estructurando una modalidad de control constitucional que bien podría denominarse como de seguimiento, emite el trigésimo Auto de seguimiento, que será el fundamento para el desarrollo del análisis del impacto en la generación del política pública en materia de salud en el Municipio de Manizales

A partir de 22 casos, en los cuales se presentaban violaciones recurrentes por problemas estructurales presentes en diferentes niveles del sistema de salud público colombiano, generados principalmente por fallas en la regulación. La Corte dispuso una serie de órdenes estructurales.

Es así como en la sentencia T – 760 de 2008, la Corte consideró como cuestión legal general, determinar, si en efecto 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; reconociendo el mismo como un derecho fundamental autónomo. En la mencionada sentencia, que denota una innegable relevancia, se ilustra el significado de tales órdenes, se hace seguimiento de las mismas en torno a la universalidad, el acceso y la sostenibilidad financiera, y se discuten los cambios que en estos diez años se han presentado en el sistema de salud, para dar continuidad a la discusión sobre el

alcance de sus metas en el marco del mencionado derecho. Reconociendo así el derecho a la salud como un derecho de aplicación inmediata.

No obstante ¿hasta qué punto puede la Acción de tutela como mecanismo Constitucional garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud?

Definitivamente, la judicialización de la salud es un síntoma de problemas estructurales más complejos, en un sistema inicialmente pensado en la sostenibilidad y basado en dos pilares fundamentales, el primero de ellos el control del gasto y el segundo, pero definitivamente imprescindible, el mantenimiento de la calidad en los servicios, que es principalmente donde se fundamenta la afectación, toda vez que el control del gasto no se mantiene precisamente por la eficiencia económica sino más bien por un evidente detrimento de la calidad de la misma, puesto que en la actualidad es claro que los principios de eficiencia, solidaridad y sostenibilidad someramente son respetados con la judicialización de la salud.

El Departamento de Caldas para el año 2018, según informe emitido por la Defensoría del Pueblo, dando cumplimiento a lo requerido en el trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T – 760 de 2008, fue el Departamento con el indicador más alto respecto al número de Acciones de Tutela por cada 10.000 habitantes, aunque disminuyó en un 18.81% con relación al año inmediatamente anterior. Se posiciona por segundo año consecutivo en el primer lugar a nivel nacional, cifra que contrario a ser alentadora desencadena ciertas hipótesis que serán subsanadas en el desarrollo de la investigación.

Es por eso que el objetivo principal se fundamenta en Analizar el impacto del Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T – 760 de 2008 en la generación de política pública para el municipio de Manizales, con relación al derecho fundamental a la salud.

El Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T-760 2008

“ordena al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la sala de revisión de la Corte Constitucional, a la procuraduría, general de la Nación, a la defensoría del pueblo, en el que mida el número de Acciones de Tutela que resuelven los problemas mencionados en esta sentencia de no haber disminuido, explique las razones de ello, (Corte Constitucional, 2008)

En cumplimiento a dicho Auto cada año el Ministerio de Salud ha presentado el informe correspondiente a las Acciones de Tutela incoadas en el territorio nacional, encontrando como constante al Departamento de Caldas como uno de los Departamentos con el índice más alto en Acciones de Tutela para acceso y prestación de los servicios de salud. En la búsqueda de resultados de la realidad social, dicho informe, así como los realizados por la Defensoría del Pueblo, dan claras muestras de que a diario la inconformidad social aumenta y se evidencian graves dificultades en el sistema de salud colombiano; como lo son la congestión en los servicios de urgencias, los llamados paseos de la muerte, la malversación de los recursos de salud, la entrega tardía de medicamentos, demora en atención de citas, y en general una atención que no corresponde al trato digno que debería darse a los pacientes

Así las cosas y toda vez que los Autos de seguimiento

“son providencias judiciales mediante las cuales se impulsa el trámite de supervisión que realiza la sala especial para resolver asuntos concretos en el caso de los específicos como lo es el trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T – 760 de 2008 para contribuir a la realización de acciones de política pública orientadas a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (Corte Constitucional 2008)”

Es de significativa relevancia, verificar el impacto que ha tenido este Auto en la generación de política pública con relación al derecho fundamental a la salud en el municipio de Manizales, visto desde la eficacia en términos de cumplimiento y aplicación, para la garantía de este derecho fundamental.

7. Marco Conceptual

El artículo 5 de la ley 1751 de 2015 establece que “el Estado debe formular y adoptar políticas dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho, en igualdad de trato de oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema”, los ciudadanos delegan al Estado la función de asegurar su bienestar en las áreas como la seguridad, justicia y salud pública, los agentes del Estado se delegan dicha responsabilidad de manera tal que el ejecutivo debe priorizar la asignación de recursos, así como también protocolos, asegurar la provisión de servicios, regular, controlar, supervisar al sector. El legislativo elabora y promulga las leyes y por su parte el judicial mediante sentencias permite la

materialización del derecho a la salud. Es entonces como se identifica la judicialización de este derecho, pues el citado incumplimiento del mismo se constata en las acciones de Tutela, mecanismos legales y constitucionales a los cuales deben recurrir los usuarios para garantizar dicho goce. Sin duda, la Acción de tutela es el mecanismo más importante consagrado por la Constitución de 1991 en materia de defensa de los derechos fundamentales. Al respecto Giraldo (2010) en su tesis; La acción Constitucional de Tutela como mecanismo efectivo para la materialización del derecho a la salud, concluye que “el uso desmesurado de la Tutela ha empeorado aún más el incumplimiento de los términos procesales, la mora y la congestión judicial en el trámite de los procesos ordinarios, generando allí una bomba de tiempo, que de no ser controlada en término producirá un colapso del aparato jurisdiccional del Estado”.

Esto resulta evidenciado al observar que, por ejemplo, desde su instauración hasta el año 2011 se habían interpuesto cuatro millones de Tutelas en los despachos judiciales del país, como lo explica en el análisis investigativo de la Acción de tutela en Colombia realizado por Liliana Carrera Silva, que compila los datos del año 2015 y da cuenta de que en ese periodo se interpusieron en el país 151.213 peticiones ante los tribunales por este concepto. En total se presentaron 614.520 acciones, una cada 51 segundos. Las tutelas correspondientes a violaciones al derecho de salud representaron el 24 por ciento, una cada tres minutos y medio, algo así como 411 cada día del 2015. Ese número confirma una tendencia de crecimiento de las Tutelas de salud que los colombianos deben presentar cada año para garantizar sus derechos en el sistema. En el 2014, se registraron 118.281, y en el 2013, 115.147, según ediciones anteriores del informe.

La mayoría de estas son incoadas obedeciendo a barreras de acceso. El 64 por ciento de las tutelas presentadas reclamaban derecho a servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

1. Contexto evolutivo del derecho a la salud en Colombia y sus referentes internacionales

Al hablar de la salud como derecho fundamental es necesario remitirse a la definición que la ONU a través de la OMS establece:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente es la ausencia de afecciones o enfermedades, es el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y los Estados. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Desde el contexto evolutivo de la salud en Colombia, se puede evidenciar que pese a su ratificación en el año de 1936, con el pacto de derechos económicos, sociales y culturales, es en el año de 1991 con la Constitución Política cuando se estructura incipiente pero poderosamente como derecho. Es necesario recordar que la antecesora de la Constitución de 1991, la Carta política de 1886 definía al Estado colombiano como un “Estado de derecho” siendo hasta la introducción de la Constitución del 91 cuando se incorpora a la anterior definición la palabra social, trayendo una connotación de trascendental relevancia pues varía la concepción de las responsabilidades del Estado para con sus habitantes; toda vez que pasa de percibirse la salud

bajo un esquema de beneficencia a ser reconocida como un derecho exigible. Partiendo de ello, en congruencia con los fines esenciales del Estado los cuales se encuentran en procura de “garantizar la efectividad de los deberes y derechos consagrados en la Constitución” (Constitucion Política Colombia art 2, 1991) y siendo la salud un tema abordado por el constituyente, se puede evidenciar que aunque inicialmente el tema de la salud como derecho en el marco del análisis jurisprudencial no fue abordado como fundamental, este sí se encontraba inmerso en el siguiente compendio de artículos en los que se puede traslucir la protección de dicho derecho desde el rango constitucional, dejando clara la notable obligación de la salvaguarda de la salud como uno de los fines del Estado.

En el art 44 de la Constitución Política de Colombia se enuncia que “son derechos fundamentales de los niños la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social y la alimentación equilibrada” (Constitucion Política Colombia art 2, 1991) Lo que claramente consagra a la salud como un derecho taxativamente fundamental, éste en concordancia con el art 50 constitucional ratifica su ineludible importancia, imponiendo al Estado la carga de atención en salud para aquellos niños que no gocen de protección o seguridad social. Mientras tanto el art. 46 hace referencia a la protección a este derecho de las personas de la tercera edad, estableciendo que: “El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia” (Constitucion Política Colombia art 2, 1991); Por su parte, el art 48 refiere que: “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado” (Constitucion Política Colombia art 2, 1991) llegando hasta el artículo 49 constitucional el cual es de innegable importancia con relación al desarrollo de la fundamentalidad del derecho a la salud, aun cuando en un inicio el

mencionado derecho como lo expresa de manera precisa dicho artículo fue considerado como un servicio público, habla de la garantía del mismo en todas sus dimensiones, constituyéndose en un pilar para su protección, dicho artículo reza:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
(Constitución Política de Colombia, 1991)

No obstante y adicional al articulado que con referencia al derecho a la salud se evidencia en la Constitución, es necesario analizar referentes internacionales que regulan dicho derecho y dieron lugar a la materialización del mismo en el territorio colombiano.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (en vigor a partir de su aprobación mediante la Ley 22 de 1981) la cual reconoce en su art 5 literal e numeral iv el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. (Naciones Unidas Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación Racial)

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, (1979, para Colombia a partir de su aprobación mediante la Ley 1 de 1981) la cual

incluye en su art 10 literal h Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, y en su art 11 literal f derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción; el acceso a los servicios que se refieren a la planificación familiar, el período posterior al parto, y la nutrición adecuada durante el embarazo y lactancia. (Naciones Unidas. Convención Internacional, 1979)

La Convención sobre los Derechos del Niño (1989, en vigor para Colombia desde su aprobación a través de la Ley 12 de 1991) señala que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño. (Naciones Unidas. Convención sobre Derechos del Niño, 1989)

Sistema Interamericano de Derechos Humanos, La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre consagra el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar.

La Convención Americana de Derechos Humanos afirma en su artículo 26 que:

Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que en su artículo 33 hace referencia al derecho a la salud. (Organización de los Estados Americanos, 1948).

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador suscrito en 1988, aprobado por Colombia en 1996 y que entró en vigor en 1999, protege igualmente el derecho a la salud en su Artículo 10. (Organización de los Estados Americano, 1969)

1.1. Criterios de la Corte Constitucional que dan surgimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y su trigésimo Auto de seguimiento.

Posterior al recorrido que orienta en materia legal aquellas normas que han dado lugar a la conceptualización y reglamentación de la salud, al momento de centrarse tanto en el contexto fáctico como jurídico que da surgimiento a lo establecido por la Corte Constitucional en la sentencia T 760 de 2008, se evidencia una situación de ambigüedad, por una parte se encuentra bajo el piso jurídico de la tan debatida ley 100, una ley que pese a ser presentada como una solución en materia de salud, y aun teniendo en cuenta que “tanto el banco Interamericano de desarrollo como el banco Mundial han relacionado el caso colombiano como una historia exitosa de reforma al sistema de salud a raíz de la misma” como lo establece (Orozco Africano,

J.M. 2006), su implementación obedecía al inminente menester de aseguramiento a un porcentaje superior de la población Colombiana. Anterior a su ejecución el seguro únicamente tenía cobertura para el trabajador, siendo excluyente en materia de amparo con el núcleo familiar del cotizante, los servicios a la población más vulnerable se suplían a través de los hospitales públicos, los cuales se sustentaban de los recursos de las direcciones territoriales de salud, así como las entidades que prestaban los servicios, aunado a ello la prestación de los servicios médicos estaba limitada por las preexistencias, lo cual ocasionaba un claro detrimento en la ejecución de dichas prestaciones así como falencias de atención enfermedades de base. Con su implementación aumentó la cobertura de manera considerable, creó el régimen subsidiado cuya pretensión fue fundamentada en garantizar la atención a la mayoría de población, inició la implementación de un sistema de garantías de calidad para los servicios de salud, y orientó el enfoque de atención en salud cambiándolo desde una perspectiva meramente curativa hacia una que orientara su atención desde la prevención, no obstante y pese a la notable pero para nada definitiva solución que otorgó dicha reforma, evidentemente la salud continuaba siendo un reto importante, toda vez que finalmente ninguno de los dos regímenes dispuestos en la ley 100, hablando tanto del subsidiado como del contributivo, contaba con soluciones reales a las necesidades en salud como lo establece la sentencia, esto llevó a que a pesar de lo dispuesto en la ley y de las actividades de regulación así como aquellas de inspección vigilancia y control, se hiciera necesario para la población acudir a mecanismos como la Acción de tutela, reglamentada mediante el decreto 2591 de 1991 consagrada en el artículo 86 de la Constitución política cuyo objeto es definido en la mencionada ley

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

Todos los días y horas son hábiles para interponer la Acción de tutela. (Decreto 2591 de 1991, 1991)

Lo anterior, instituye a este mecanismo no solo como una solución idónea, sino también como la más expedita en su momento, para obtener respuestas tanto de acceso como de medicamentos y tratamientos que en efecto no fueron suplidos por las EPS, así como procedimientos negados por las IPS que eran cada vez más frecuentemente subsanados por la Corte Constitucional, generando de manera análoga una sobrecarga a la rama judicial, siendo ésta la que por medio de la Corte Constitucional dirime gran parte de los conflictos que se suscitan a raíz de las falencias estructurales en materia de políticas públicas en salud, respecto a un derecho que bien tratándose de un Estado social de derecho y siendo congruentes con definiciones como la de la OMS, debía estar garantizado de manera acorde y continuada a toda la población del territorio nacional.

Partiendo de esta realidad se va viabilizando la premisa de la judicialización de la salud en Colombia, la cual se funda en el análisis de la recurrencia a la Acción de tutela que se hacía cada vez más necesaria para el tiempo del pronunciamiento de la sentencia T 760, siendo el año 2008 su momento cúspide, situación que describe en la siguiente gráfica:

Tabla Numero 1

Registro de tutelas en Colombia. Período 1999-2008		
AÑO	Nº. Tutelas	Crecimiento anual
1999	86.313	-
2000	131.764	52,66%
2001	133.272	1,14%
2002	143.887	7,96%
2003	149.439	3,86%
2004	198.125	32,58%
2005	224.270	13,20%
2006	256.166	14,22%
2007	283.637	10,72%
2008	344.468	21,45%
Total	1.951.341	

Fuente Corte Constitucional

Como se puede evidenciar, desde el año 1999 hasta el año 2008 se ha posicionado la Acción de tutela como mecanismo imperante en la protección de derechos fundamentales

Para el año 2005 más de la tercera parte de las acciones de tutela interpuestas en Colombia demandaban el derecho a la salud (el 36.12%) lo que significa que de 224.270 tutelas presentadas 81.017 se originaban en la negación, falta de entrega de medicamentos y realización de cirugías, falta de oportunidad de citas médicas con especialistas, negligencia de las EPS, entrega de planes de beneficios incompletos entre otros. (Defensoria del Pueblo, 2014)

PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS DE SALUD					
Período 1999-2008					
AÑO	TUTELAS		PARTICIPACIÓN	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL	
	SALUD	TOTAL		SALUD	TOTAL
1999	21.301	86.313	24,68%	-	-
2000	24.843	131.764	18,85%	16,63%	52,66%
2001	34.319	133.272	25,75%	38,14%	1,14%
2002	42.734	143.887	29,70%	24,52%	7,96%
2003	51.944	149.439	34,76%	21,55%	3,86%
2004	72.033	198.125	36,36%	38,67%	32,58%
2005	81.017	224.270	36,12%	12,47%	13,20%
2006	96.226	256.166	37,56%	18,77%	14,22%
2007	107.238	283.637	37,81%	11,44%	10,72%
2008	142.957	344.468	41,50%	33,31%	21,45%
TOTAL	674.612	1.951.341	34,57%		

Fuente Corte Constitucional

En la presente gráfica explícitamente en materia de salud, para el año 2008 se evidenció el pico de acciones de tutela que tuvo el país en ese momento, para entonces, se presentaron 344.468 tutelas de las cuales 142.957 fueron por temas de salud, lo que evidencia que el 41,5% de la actividad de los jueces en materia de tutelas se dedicó a resolver temas de salud, situación que denota una carencia de legislación que regule con efectividad la prestación de estos servicios, y no se puede decir que una tutela para un medicamento o una autorización de un procedimiento constituya un tema con una connotación de irrelevancia, sin embargo, con seguridad la rama judicial podía estar dispuesta para resolver temas de mayor complejidad si el 40% de su actividad no hubiese estado supeditada a la resolución de dichas situaciones en materia de salud, puntualizando en dicho porcentaje se hace necesario precisar que este derecho era abordado de manera conexa, pues se encuentra designado en la Constitución como uno de los derechos económicos, sociales y culturales y que fue hasta el año 2003 con la sentencia T 859, que se

abordó el derecho a la salud como fundamental de manera autónoma, lo cual da lugar a inferir que aunque en el 2008 estadísticamente hubo un gran repunte en la necesidad de amparar el derecho a la salud, vía acción de tutela, con seguridad su protagonismo del 35,9 % en el periodo comprendido entre 1999 y 2005 fue subestimado, toda vez que el 36.5% de acciones de tutela incoadas para salvaguardar el derecho a la vida, también guarda estrechamente una relación importante con el derecho a la salud, que no se puede contabilizar debido a cómo debía ser abordado.

Las variaciones que ha generado el viraje en la manera como ha sido abordado se pueden identificar en las tres vías que la Corte ha asumido en su desarrollo jurisprudencial.

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tuteante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud. (Sentencia T 760 , 2008)

De dicha situación claramente se evidencia como paulatinamente se iba judicializando la salud, haciendo de las providencias judiciales aquellos mecanismos que salvaguardaban un derecho que, pese a encontrarse descrito en un compendio normativo, era objeto de vulneraciones cada vez más recurrentes, prueba de ello el crecimiento exponencial que para este periodo tenía este mecanismo constitucional, dada la necesidad imperante de protección. A esta problemática estadística es necesario adicionar las graves dificultades del sistemas de salud en lo que respecta al flujo de recursos y las cada vez más evidentes falencias de sostenibilidad del sistema, que de una u otra manera generaban una enorme crisis, poniendo en evidencia que casi de manera exclusiva -soportando de manera individual la vulneración- se posibilitaba la protección mediante una acción de tutela del derecho fundamental a la salud.

En este contexto la Corte Constitucional en el año 2008 analizó 22 casos donde se evidenciaban trasgresiones al derecho a la salud, no obstante dichos casos eran de tal recurrencia que lograron exponer la imperativa necesidad de tomar decisiones, que impactaran de manera definitiva el modelo de salud, y de esta forma lograr una reestructuración del mismo, con el fin de rectificar las ya evidentes falencias en esta materia, para que de esta manera las personas pudieran gozar no solo de forma oportuna sino también de calidad la prestación de los servicios de salud; en este sentido la respuesta de la Corte Constitucional se genera bajo el ámbito de su función de guardianas no solo de la integridad, sino también de la supremacía de la Constitución. La respuesta entonces se encuentra en la sentencia T760 del año 2008, sentencia que identifica no solamente casos individuales sino que ante la recurrente y ya generalizada vulneración de ese derecho fundamental, dictó órdenes que no solamente se limitaron a dar respuesta a estos casos, sino que teniendo en cuenta que las situaciones evidenciadas se hacían

notablemente recurrentes, consideró apropiado emitir este fallo con un carácter general, soportada en lo establecido en la Constitución además de lo dispuesto en la ley 100 de 1993 y 1122 de 2007 vigentes para ese momento, con el objetivo de que con el cumplimiento de esas medidas fuera corregida la falla de regulación y por consiguiente fuera garantizado el derecho de todos los usuarios del sistema, es decir , con el fin de que el goce efectivo del derecho a la salud fuera garante para toda la población.

Otra característica de fundamental importancia es la consolidación de la jurisprudencia donde se reconoce la salud como derecho fundamental, pues aunque no fue la primera providencia que se refirió a dicho derecho bajo los términos de fundamentalidad, toda vez que ya había sido abordado en sentencias como la T 859 de 2003, sí consolidó dicha postura, es así como dispuso de 16 mandatos de carácter estructural, agrupados a partir de la parte resolutive de la sentencia T760, emitiendo unos Autos de seguimiento específicos, con relación al acceso a los servicios de salud, así como la actualización del plan de beneficios y la elaboración de un ranking para identificar las EPS e IPS que con mayor frecuencia se negaran a autorizar oportunamente servicios, también estableció la necesidad de la existencia de un trámite directo de las EPS con el fin de que se autorizaran algunos servicios no incluidos en el plan de beneficios, así como se ordenó la unificación de los planes de beneficios para niños y niñas tanto del régimen contributivo como del subsidiado, y una unificación gradual de dichos regímenes para la población en general, estos pronunciamientos se establecen en las órdenes de la 16 a la 23, las órdenes de la 24 a la 27 obedecen a la problemática de la sostenibilidad financiera y el flujo de los recursos específicamente en lo que respecta la orden 24, la cual cuenta con 62 Autos de seguimiento.

Evidentemente el tema del financiamiento, los recobros, y la utilización de recursos tal como fue abordado en la sentencia, genera un importante reto. Con respecto a ello la Corte consideró como un irrespeto al derecho a la salud, cuando existiendo una regulación aplicable como lo era el art. 19 de la Resolución 3797 de 2004 ésta se constituyera en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud.

La entidad que negaba las autorizaciones de los medicamentos autorizados por una persona y luego era condenada a garantizar su suministro mediante una acción de tutela, podía recobrar el 100% del valor del medicamento no incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud, mientras que las entidades que autorizaban el suministro de un medicamento a un persona, sólo podían recobrar el 50% de su valor, o la diferencia entre éste y el valor de un medicamento homólogo contemplado dentro del Plan Obligatorio, según fuera el caso. (Sentencia T 760 , 2008)

Sin embargo el proceso de recobros para el mes de noviembre de 2006 fue reglamentado conforme a la Resolución 2933 de 2006 que elimina dicho incentivo, lo que efectivamente debía generar una disminución en la interposición de acciones de Tutela, no obstante y debido al crecimiento progresivo de los mismos, para el mes de febrero del año 2020 el Ministerio de salud emitió las Resoluciones 205 y 206 de 2020, en virtud de las cuales fueron eliminados casi en su totalidad dichos recobros, para ser gestionados por presupuestos máximos directamente por la EPS.

La orden 28 tiene relación con la carta de derechos, deberes y desempeño advirtiendo que existe un grave problema de información lo cual constituye uno de los motivos principales de violación al derecho a la salud, el desconocimiento de los derechos y deberes de las personas, así como el comportamiento de las EPS frente a ellos, por eso en esta orden la Corte hace un llamado al regulador para que garantice la información en términos sencillos y accesibles.

La orden 29 es relativa a la cobertura universal en virtud de lo expuesto en el art 49 de la Constitución; es así como en esta medida se genera la orden 30 que le delega al Ministerio de Salud, así como a la Defensoría del pueblo, la medición de las acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados. así como fomenta la adopción de políticas públicas en salud para su disminución, y oficia a las anteriores entidades para en caso de no haber disminución explicar las razones de ello

Al analizar la estructura de la sentencia T 760, y todo el proceso que desarrolla la Corte Constitucional en dicha providencia, queda de manifiesto que su importancia no radica únicamente en las órdenes que imparte, con el fin de superar las falencias existentes de regulación, es de indudable relevancia el análisis que realiza con relación a la falente situación del sistema de seguridad social, expresado en las barreras de acceso, fallas en la regulación, carencia de resultados, incentivos negativos, posterior a las notables dificultades que presenta el sistema de salud, y está claro que si el problema es expresado en materia de derechos, las soluciones propuestas estarán determinadas por el goce efectivo de los mismos, así como su evaluación también se encuentra supeditada a ellos, es por esto que la orden número 30 tiene una connotación de vital importancia puesto que frente a ella, la Corte le ordena a la Procuraduría

General y a la Defensoría del pueblo la presentación de un informe anual que permita medir la cantidad de acciones de tutela instauradas, pero no solo ello, también verificar el aumento o disminución de las mismas y la exposición de los motivos por los cuales en el supuesto de no haber disminuido sean expresadas dichas razones, esto evidentemente tiene un carácter crítico, pero más que ello viabiliza la medición no solo de la cantidad de acciones motivadas, sino también de los requerimientos de las mismas, permitiendo identificar aquellos puntos en donde se encuentran las falencias más reiterativas que ofrecen una posibilidad de implementar mecanismos de acción como políticas públicas, que viabilicen dichas prestaciones y permitan la disminución de la recurrencia a mecanismos jurídicos para la prestación de los servicios

De acuerdo a esta orden se han emitido 33 Autos de seguimiento y cada año la Defensoría del pueblo, así como el Ministerio de salud emite su informe. Llama la atención que en el informe presentado en el año 2019, el cual contiene información del año 2018, en la categoría de solicitudes ocupa el mayor porcentaje y de forma ascendiente, la demora en la prestación de los servicios, como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Categorías de solicitudes	Porcentaje			
	2015	2016	2017	2018
Solicitud de servicio de salud del Plan de Beneficios que no ha sido negada pero está demorada	27,30%	29,58%	43,25%	41,22%
Solicitud de atención integral	27,57%	29,61%	18,55%	23,39%
Solicitud de servicio de salud no incluido en el Plan de Beneficios que fue aprobada pero esta demorada	2,84%	11,86%	17,14%	14,99%
Solicitud de servicio negado por ser NOPBSUPC	30,58%	19,79%	13,77%	14,42%
Solicitud de exención de cuotas moderadoras o copagos.	4,39%	5,59%	4,16%	3,34%
Solicitud de traslado de una persona a la que se le niega por otras razones	1,24%	0,88%	0,89%	0,96%
Solicitud de prestador específico por parte del paciente, no existe una atención previa	1,32%	0,66%	0,85%	0,54%
Solicitud de que se mantenga un mismo prestador	0,77%	0,73%	0,46%	0,32%
Solicitud de reconocimiento de incapacidad por enfermedad general negada por pago tardío.	1,50%	0,42%	0,30%	0,17%
Solicitud de servicio que es negado porque fue ordenado por un médico particular no adscrito a la red.	0,35%	0,27%	0,26%	0,17%
Solicitud de servicio de salud negado por pertinencia médica	0,68%	0,20%	0,16%	0,23%
Solicitud de licencia de maternidad o paternidad negada porque no cotizó todo el embarazo o cotizó tardíamente.	0,86%	0,25%	0,10%	0,05%
Solicitud de prestación de servicios que son negados por mora en la cotización.	0,17%	0,06%	0,04%	0,04%
Solicitud de documentos: historia clínica	0,42%	0,10%	0,02%	0,06%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente informe Ministerio de salud

En la presente gráfica queda en evidencia, como en el periodo comprendido entre el 2015 y 2018, la atención oportuna se convierte en el primer motivador para la interposición de mecanismos, que permitan garantizar la atención de los servicios de salud, pero no solo ello sino una atención, que se encuentre enmarcada en los tiempos pertinentes de acuerdo a los lineamientos legales, en concordancia con el Decreto 019 de 2012, que reguló temas como los trámites para autorizaciones de servicios, reconocimiento de incapacidades así como en los artículos 123 y 124 del citado Decreto, estipuló requerimientos para la solicitud de citas médicas

de consulta general y odontología, como también la asignación de citas con especialistas, dando claridad en el tiempo máximo para aquellas necesidades de atención en medicina general.

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la Ley. La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud. (Decreto 019, 2012)

Es así como este decreto se convierte en un referente importante en los tiempos máximos para la asignación de servicios médicos, brindando un fundamento que evidencia incumplimientos en lo referente a los tiempos de atención, toda vez que con anterioridad a la expedición del mismo, la demora en este tipo de requerimientos se encontraba subsumida en indicadores como la atención integral, pero continúan siendo necesarios mecanismos como la acción de tutela para la garantía de este derecho.

2. Definición y Eficacia de Políticas Públicas

Es de notable relevancia verificar el impacto que ha tenido el trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T- 760 de 2008, en la generación de política pública con relación al derecho fundamental a la salud en el municipio de Manizales, visto desde la eficacia en términos de cumplimiento y aplicación, para la garantía de este derecho fundamental.

Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones, ministerios, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etcétera-, que combinan recursos normativos, humanos, financieros, tecnológicos y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr impactos sociales, políticos y económicos. (Rose, 1984).

Centrándose en el tema de la política pública es importante analizar la definición que para la misma se tiene, y la conceptualización que se le ha otorgado por parte de grandes estudiosos del tema, es así como a continuación se citan las definiciones que esbozan los elementos que a criterio de los autores deben encontrarse en una política pública.

Kraft y Furlong definen la política pública “como el curso de acción o inacción gubernamental en respuesta a problemas públicos”; por su parte Jean Claude Thoenig dice que “la política pública se presenta bajo la forma de un programa de acción propio de una o varias autoridades públicas o gubernamentales”; Thomas Dye otorga una definición más generalizada, con lo cual considera que “ la política pública es lo que los Gobiernos escogen hacer o no hacer”; Carlos Salazar Vargas considera que “es el conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas” (Vargas, 1999: 57); Otra de las definiciones, esta vez de Pierre Muller, consiste en indicar que “es aquel proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir, dispositivos político administrativos – coordinados en principio alrededor de objetivos explícitos” (Muller y Surel, citados por Roth 2006:26).

Con las anteriores definiciones se evidencia que en efecto hacen falta algunos factores propios como los objetivos, su desarrollo y la participación ciudadana, puesto que dicha participación se traduce en el correcto diseño de la misma, siendo aquella que incide de manera directa o indirecta en la creación de la política, haciendo parte de la teoría causal, lo que podría traducirse como la relación de causa y efecto, pero no solo ello, el aspecto argumentativo forma una parte crucial, siendo de cierta forma la respuesta de por qué para determinado problema procede una u otra solución, considerando como intervinientes a aquellos actores que tengan interés en la solución del problema público, el Estado y sus poderes, fuerzas sociales organizadas, sociedad civil, medios de comunicación y medios académicos. No obstante, aunque se encuentre necesariamente inmersa la intervención del Estado y sus representantes, vale la pena aclarar que no todo lo que es política es política pública y no todas las acciones de gobierno se convierten per se en política pública.

Según lo anterior, se puede concluir que una política pública es aquel conjunto de acciones que va dirigido a resolver un problema de carácter público detectado con anterioridad, por parte del Estado y con la injerencia de la sociedad con el fin de solucionarlo o reducirlo en sus efectos, cuyas acciones deben ser evaluadas con el objetivo de determinar su eficacia en aras del beneficio social.

En concordancia con esto, conviene establecer en el orden evaluativo cuan eficaces han sido las políticas públicas en salud en el Municipio de Manizales, y si estas fueron creadas con el fin de disminuir las acciones de Tutela como mecanismo para garantía de la prestación de servicios en este sector.

Para ello es posible afirmar que la eficacia se encarga de analizar 3 variantes, primero en qué medida los comportamientos de la sociedad coinciden con las normas jurídicas, hasta qué punto las prácticas sociales son imputables a las normas jurídicas por temor o convicción, y hasta dónde las conductas de los miembros de la sociedad son acordes a los fines propuestos en las leyes. (González Ordovás, 2003 págs. 55 - 56)

Comprendida la eficacia en sentido amplio como el cumplimiento de una normatividad proferida por la autoridad y en sentido estricto entendida dicha eficacia como aquello que ha cumplido con la finalidad para la cual fue diseñada, en este punto se deben distinguir dos tipos de eficacia a saber, la primera de ellas la eficacia instrumental, de acuerdo con Hans Kelsen la eficacia de una norma puede medirse verificando su impacto sobre el comportamiento de los receptores de la misma, en este sentido, “para definir el concepto de eficacia han de tomarse en cuenta las relaciones entre la conducta humana efectiva y la norma jurídica” (Kelsen, y otros, 2005 pág. 60) no obstante, en el entendido de que una norma, o para el caso concreto una política pública sea proferida teniendo en cuenta una finalidad particular, para el objeto de esta investigación y en concordancia a lo establecido en la sentencia T760 de 2008, en su Auto de seguimiento número 30, lograr la disminución en el número de acciones de tutela incoadas en el Municipio de Manizales, para la prestación de servicios de salud, aun cuando se hubiesen implementado las políticas públicas pertinentes y las mismas hubiesen sido acatadas y aplicadas, seguiría siendo ineficaz si estas no logran el objetivo final, el cual será en efecto la disminución de acciones de tutela. En términos del doctor García Villegas:

Si la puesta en obra de una norma estuviese siempre adecuada a sus objetivos, bastaría con el estudio de la observancia de la norma para predicar su eficacia. Sin embargo, éste no siempre es el caso: con frecuencia se encuentran normas aplicadas que producen un resultado del cual ellas son la causa y que, no obstante esta incidencia en los hechos, no puede predicarse de ellas eficacia por falta de realización de su objetivo. (García Villegas, 1993 pág. 100).

No obstante también está la eficacia simbólica, aquella que tiene un impacto y capacidad de moldear las representaciones de las personas, en síntesis, genera un mensaje en la sociedad, la eficacia simbólica del derecho “se podría definir como su capacidad para producir un cierto número de representaciones individuales o colectivas, valorizadoras o desvalorizadoras . (Ost, y otros, 2001 pág. 223)

Esta eficacia simbólica se encuentra subdividida en 3 modelos teóricos, la enunciativa que básicamente se refiere a normas que no generan ningún tipo de impacto, cumplen su propósito simbólico con el hecho de su promulgación; eficacia argumentativa que es aquella que fue creada con el fin de cumplir unos objetivos, no obstante, se aplican con una distorsión entre los objetivos propuestos y los obtenidos; y la eficacia sustancial cuya función pretendida y lograda se materializa puesto que la aplicación de la norma es coincidente con su enunciación estando interrelacionada con la eficacia instrumental.

En efecto, en el Municipio de Manizales, el problema ya se encuentra delimitado evidenciando los informes publicados a raíz de la trigésima orden de la sentencia T 760 de 2008,

los cuales develan, no solo el diagnóstico, y se enumeran las problemáticas más recurrentes centradas en el derecho a la salud, sino que también reflejan la innegable problemática, que se viabiliza al encontrar que el Departamento de Caldas tiene uno de los mayores índices de recurrencia a la acción de tutela, como mecanismo garante de la prestación de servicios de salud. Es entonces en donde la sociedad se hace partícipe, manifestando de manera tácita una necesidad imperante de atención, pero no solo de ello sino también de ejecución, que facilite de manera real aquellos derechos adquiridos en términos de fundamentalidad legal, pero alejada de aquella fáctica, puesto que en la práctica se hacen evidentes las constantes contravenciones, que conforme a las normativas proceden, siendo normatividades con efectividades simbólicas, ejemplo de ello la percepción de corrupción generalizada, evidenciada en el Plan Nacional de Desarrollo por parte de la sociedad con relación al sistema de salud, que asciende al 53% de la población, así como según informes del Ranking de EPS del Ministerio de salud, el 80% de las EPS otorgan citas de consulta por medicina general en un plazo no inferior a 5 días, sin tener en cuenta la creciente deuda por recobros al sistema de salud, de la cual no se tiene certeza, no obstante según el Ministerio de salud, para el año 2018 oscila entre los 9,6 y 16, 2 billones de pesos, siendo este aspecto un dato de gran relevancia y atención, pues una errada aplicación en los recobros decanta en una falente atención y negación de más servicios, y procedimientos por parte de las IPS, lo que finalmente terminará en mecanismos alternos como la recurrencia a la acción de tutela, y ocasionalmente a la Superintendencia de salud, con el fin de suplir dichos procedimientos, es entonces cuando se hace cada vez más inexcusable la necesidad de crear políticas, que otorguen soluciones reales a las problemáticas que en materia de salud se vuelven cada vez más frecuentes.

2.1. Análisis de las Políticas Públicas en el Municipio de Manizales

Partiendo de un análisis de las políticas públicas creadas en el municipio de Manizales, se evidencia que en materia de salud, se han desarrollado cinco referentes a este tema, las cuales han sido publicadas desde el año 2009 hasta el año 2015, siendo la primera de ellas la política pública de salud oral.

POLÍTICA PÚBLICA SALUD ORAL 2007-2017 (Decreto 257 de 21 de Diciembre de 2006)

Normatividad De La Cual Emerge	Objetivos	Actores	Evaluación	Presupuesto	Conclusiones de la evaluación política pública
Resolución 3577/2006 Decreto 257 de 21 de Diciembre de 2.006 Resolución 3577 del	Se concretan en las estrategias formuladas para la gestión: 1) de la salud oral	La Secretaría de Salud de Manizales, Assbasalud, la Universidad Autónoma de	La política fue evaluada en el año 2017 mediante la utilización de la	El total de la inversión según el informe evaluativo asciende a dos mil trescientos tres millones doscientos sesenta y cinco mil novecientos	Respecto al diseño se basó en analizar las causas de la problemática, obviando aspectos de determinantes sociales y desigualdades

<p>Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Documento sobre odontograma en el marco de la Ley 100 de 1993.</p>	<p>en el ámbito municipal , 2) del posicionamiento de la salud oral, 3) del acceso a servicios de salud de calidad, 4) del recurso humano, y 5) de la información.</p>	<p>Manizales, el Hospital Infantil de la Cruz Roja, y las EPS e IPS Unisalud, Sol Salud, Salud Vida, Caprecom, el Seguro Social, ESE Clínica Rita Arango, Seguro Social, Jaibaná IPS, Cosmitet y Clínica Manizales. A 2017 ya no se encuentran Seguro Social, Caprecom</p>	<p>metodología basada en Resultados para el Desarrollo de Políticas y Programas Públicos realizando pre evaluación, preparación de la evaluación, diseño y ejecución</p>	<p>cuarenta y tres pesos colombianos (\$2.303.265.943), que a precios de 2008 corresponden a \$2.059.115.662, 16. La Secretaría de Salud fue la única fuente de recursos.</p>	<p>en salud, se centró en la formación de cuidadores, capacitación de odontólogos, estrategias de comunicación a diferentes grupos poblacionales, prevención específica, lograrían modificar la morbilidad en salud oral e incrementar las posibilidades de acceso a los servicios de salud y de autocuidado en salud. Este es el supuesto que al parecer subyace a la política, ya que ninguno</p>
--	--	--	--	---	---

		y Clínica Manizales.			de sus componentes defini dos como gestión implicó la participación social,
--	--	-------------------------	--	--	--

Elaboración propia, datos tomados de (Alcaldía de Manizales, 2017)

La evaluación de la presente política pública, enmarcada en el ámbito de la eficacia, claramente evidencia una eficacia simbólica que a su vez encuadra en la categoría de eficacia de selección, puesto que ha sido creada con unos fines puntuales, y citando normatividad regulatoria, no obstante, no cuenta con propósitos claros o, para el caso concreto, medibles. Con la política pública se pretendió “canalizar los esfuerzos interinstitucionales en función de una política de salud oral para la inclusión, la disminución de inequidades y el desarrollo de líneas estratégicas que contribuyan a la calidad de vida de la población” (Alcaldía de Manizales, 2017) Sin embargo una de las falencias más significativas de la misma constituye el hecho de que no fueron planteadas metas medibles, aunado a que según el informe evaluativo de la política de salud oral 2007- 2017 “no se tuvieron en cuenta las herramientas para acordar que hacer, como hacer y como evaluarlo” en el informe se concluye que “se puede afirmar que no fue posible aplicar criterios de la evaluación como pertinencia, eficacia y eficiencia y otros, dado que la formulación no llevó a un proceso de implementación, seguimiento y evaluación, que permitiera

durante el proceso un ajuste de las actividades, productos y recursos para lograr las metas propuestas. Las líneas estratégicas, si bien pertinentes para la gestión, no contribuyeron a las metas de resultados en salud oral” (Dora Cardona Rivas L. D., 2017) citando la siguiente referencia:

Anota Rivas [25, p. 113]: “Las políticas públicas como respuesta a los problemas públicos deben permitir la evolución positiva de los mismos a través de mecanismos de acción concretos. De no ser así, el objetivo de las políticas estaría siendo menguado por intereses de corte político que dificultan el avance de las situaciones problemáticas, transformando la construcción de las políticas en ciclos repetitivos sin mayores alcances” (Dora Cardona Rivas L. D., 2017)

Esta política aunque fue emitida con anterioridad al pronunciamiento de la Corte, se tiene en cuenta toda vez que su desarrollo y ejecución estaba planteado hasta el año 2017, situación que podía incidir en los efectos de la presentación de acciones de tutela en materia de salud en el Municipio de Manizales, no obstante no se encuentra ninguna variación, y en los procesos evaluativos no se tienen en cuenta conceptos de la citada providencia, así como tampoco de su Auto de seguimiento, en pro de la disminución de mecanismos jurídicos en lo concerniente a la prestación de servicios, o vulneración de derechos fundamentales en materia de salud oral.

Política Pública de salud mental y Farmacodependencia (Decreto 005 de 11 de enero de 2011)

Normatividad de la cual emerge	Objetivos	Actores	Evaluación	Presupuesto	Conclusiones política pública
Ley 1616 de 2013 conocida como la Ley de Salud Mental Acuerdo 0784 de 2012: Plan de Desarrollo Manizales 2012-2015 Decreto 005 de 11 de enero de 2011	Propiciar que la salud mental sea asumida como un eje articulado y elemento transformador para el desarrollo humano y social de Manizales	la Secretaría de Salud Pública, Fundación Psique	La política pública fue creada para una ejecución que comprende el periodo entre el año 2011 a 2016, relación temporal en la cual llevo el proceso evaluativo MGA, proceso mediante el cual se evidencia que en la ejecución no hubo inconvenientes	El total de la inversión según el informe del DNP asciende a ochocientos veinti cuatro millones ochenta y ocho mil quinientos pesos 824, 088,500, cuya fuente de financiación se compone de recursos propios del municipio de Manizales.	Las acciones mediante las cuales se desarrolla e implementa la política pública consiste en implementación de jornadas de capacitación, así como la creación de una línea amiga, asistencia técnica institucional, entre otras, se evidencia en la tasa de índice de suicidios por lesiones auto infligidas presentó una

			presupuestales ni de contratación		disminución entre los años 2011 y 2015 pasando del 7,46 en promedio entre el 2005 y 2010 a un promedio del 6.40 entre el año 2011 a 2015 (Alcaldía de Manizales, 2015)
--	--	--	-----------------------------------	--	--

Elaboración propia fuente política pública salud Mental e informes Manizales como vamos

Analizando la política pública de salud mental es evidente que el Departamento de Caldas continúa siendo uno de los entes territoriales con mayores porcentajes de intento de suicidio a nivel nacional con una tasa del 17,5% como se puede evidenciar en informe del Ministerio de salud emitido en el 2018, siendo Manizales el municipio con el mayor número de muertes por lesiones auto infligidas, no obstante, desde la administración se han implementado medidas que intentan mitigar estos índices, la Política Pública de Salud Mental implementó mecanismos de capacitación, puso a disposición líneas de atención, sin embargo el requerimiento de acceso a la atención psiquiátrica se encuentra con una limitada oferta que oscila entre los 3 y

7 meses de agenda, como se puede observar en la página de la Secretaría de Salud de Manizales, siendo una patología que requiere de atención inmediata. En lo concerniente al consumo de sustancias, y las entidades que tratan dichas situaciones “hay unos que ofrecen hospitalización como Funpaz y la Clínica Psiquiátrica, en donde les realizan la desintoxicación, después de esto inmediatamente se deben conectar con entidades para deshabituación, porque de lo contrario no se lograría nada con el proceso, para esto solo se cuenta con tres instituciones, una sola le oferta a dos EPS y otra atiende por tutela o pago por anticipo”, afirmó Diana Patricia Grisales, Secretaría de Salud del Municipio. (Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2018)

En efecto se evidencia que la política pública con relación a sus objetivos cumple una eficacia simbólica, pues su objetivo general tiene la pretensión “de por medio de gestión de recursos, inclusión y estrategias de relación y actuación desde lo individual hasta lo comunitario, constituya la salud mental como eje articulador y transformador”, y aunque sí desarrolló mecanismos como capacitaciones, conferencias y puso a disposición líneas de atención, continúa con grandes falencias en procesos de asignación de citas y personal disponible que deben ser subsanadas mediante acciones de tutela para la prestación del servicio.

Las anteriores políticas públicas abordan problemáticas relevantes en materia de salud, pues según el informe de la Defensoría del pueblo, como cumplimiento al Auto de seguimiento número 30 de la sentencia T 760 de 2008, para el año 2018, en materia de especialidades que requirieron de acciones de tutela para garantía de prestación del servicio, la Psiquiatría ocupó el quinto lugar precedida por la Neurología, Oftalmología, Retinología, Ortopedia y Medicina interna, con un número de casos de 62 y un porcentaje de participación del 4,54%. La odontología por su parte tuvo 17 casos con un porcentaje de 1.25%, esta última con una pequeña

participación, dicha situación permite inferir que en efecto una política pública con el desarrollo, claridad de objetivos, y una correcta evaluación que garantice y valore adecuadamente la ejecución de las acciones, podrá disminuir la necesidad de recurrencia a mecanismos judiciales para la atención en salud, no obstante, el trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, no fue un fundamento jurídico para su creación, aunque en efecto la salud mental, constituye un reto importante en materia de salud pública del municipio de Manizales.

Sin embargo, en esta Municipalidad se han creado 3 políticas públicas adicionales a las citadas, que buscan dar respuesta a problemáticas de alimentación, medio ambiente y salud ocupacional, estas como se puede observar en el repositorio de la página de la secretaria de salud de Manizales, así como en el acuerdo 784 de 2012 desarrollan los siguientes objetivos:

Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 073 del 8 de abril de 2005)

Con esta política pública se pretende cumplir desde la administración ,el acceso a una alimentación adecuada y suficiente, establecida bajo unos objetivos específicos que básicamente, se orientan hacia la estabilidad económica de la familias manizaleñas, por medio de programas sociales y comunitarios, en búsqueda de mejorar la calidad de vida de la población ,y de esta manera disminuir los índices de desnutrición y problemáticas alimentarias; dicha política se diseñó para una ejecución 2005-2015, no obstante, según el informe de Manizales cómo vamos del año 2016 demuestra que no logra el cumplimiento de sus objetivos, pero no solo los incumple sino que los indicadores desmejoran significativamente, aumentando en un 9.1% los niños con bajo peso al nacer y en un 3.5% los niños con desnutrición aguda.

Política de Salud Ambiental (Decreto 584 de Noviembre 25 de 2010) ejecución 2010/2016

El objetivo principal de la presente política pública, consiste en la formulación e implementación, de un modelo integral e intersectorial de gestión de la Salud Ambiental del municipio de Manizales, para contribuir a la calidad de vida de la población, y a un desarrollo humano sostenible, cuyos componentes abarcan el respeto y protección de la naturaleza, agua potable, calidad de aire, control de riesgos químicos, saneamiento básico, hábitat seguro y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

Política Pública de Salud Ocupacional (Decreto 41 de 7 febrero de 2011) 2011- 2015

Uno de los objetivos específicos del Plan de Desarrollo de Manizales, estipulado en el Acuerdo 784 de 2012, Consiste en mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral, por ello mediante la concertación con los actores sociales con algún interés en la salud ocupacional, fortalecimiento de instancias gubernamentales, impulso del talento humano en la salud ocupacional y consolidación de información de salud ocupacional de manera sistemática, esta política pública pretende establecer directrices coordinando acciones de promoción de la salud en el trabajo.

Estudiadas las anteriores políticas públicas, que en materia de salud se han implementado en el Municipio de Manizales, centrados en lo establecido en el trigésimo Auto de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, ninguna de las anteriores políticas públicas, ha sido originada en virtud de la citada sentencia, o con referencia al objetivo, que pretende la Corte hacer cumplir, mediante el Auto de seguimiento objeto de estudio en el presente trabajo investigativo.

3. Comportamiento en la interposición de Tutelas en el Departamento de Caldas según informes del Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo

Por medio de la sentencia T 760 de 2008, la Corte Constitucional profirió decisiones cuyo fin obedece a la necesidad de la adopción de medidas para la corrección de fallas de regulación y aplicación en materia de Salud en el territorio Nacional, a partir de 22 casos concretos, que pese a ser aislados demostraban falencias recurrentes que habitualmente debían ser solucionadas por dicho Órgano en sus providencias. A partir de allí la Corte decide dictar 16 órdenes con tendencia correctiva.

La definición del primer Parágrafo del apartado 2.2 de la sentencia, detecta un problema permanente, el cual describe la Corte con la siguiente narrativa

“Los problemas jurídicos de carácter general, hacen referencia a cuestiones de orden constitucional que tienen que ver con la regulación del sistema de protección del derecho a la salud, que afectan la posibilidad de que éste sea gozado efectivamente por las personas en situaciones concretas y específicas, tal como se evidencia en los casos acumulados en el presente proceso. Todos los problemas generales se pueden reunir en uno sólo, a saber: ¿Las fallas de regulación constatadas en la presente sentencia a partir de los casos acumulados y de las pruebas practicadas por esta Sala, representan una violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo? A esta pregunta se responde afirmativamente y se imparten las órdenes necesarias para que se superen las fallas de regulación detectadas. Las órdenes que se impartirán Auto

seguimiento sentencia T-760 de 2008, orden 30 2 se enmarcan dentro del sistema concebido por la Constitución y desarrollado por la Ley 100 de 1993 y normas posteriores, puesto que excedería la competencia de la Corte ordenar el diseño de un sistema distinto, puesto que dicha decisión compete al legislador. Las órdenes se impartirán a los órganos legalmente competentes para adoptar las determinaciones que podrían superar las fallas de la regulación que se han traducido en una desprotección del derecho a la salud evidente en las acciones de tutela que se han presentado cada vez con mayor frecuencia desde hace varios años, como se analizará posteriormente (ver capítulo 6)”. (Sentencia T 760 , 2008)

A raíz de lo anterior se dio origen a la trigésima orden, la cual literalmente señala:

“Trigésimo.- Ordenar al Ministerio de Protección Social que presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009.”

Con este mandato, la pretensión de la Corte, mediante el análisis y medición de los problemas jurídicos evidenciados en la sentencia, consistía en la adopción de medidas por parte del Ministerio de salud para la reducción en la necesidad del amparo constitucional que permitiera la prestación y otorgamiento de los servicios de salud, los cuales constituyen un

derecho fundamental, cuya judicialización y recurrencia al uso de mecanismos como la acción de tutela, generan un evidente desgaste en el aparato judicial. En referencia a los informes presentados se puede observar lo siguiente

Según lo dispuesto por la Corte, el Ministerio, así como la Defensoría del pueblo, debían presentar el informe anual en el cual se realizaba la medición de las acciones de tutela presentadas en el año inmediatamente anterior, a partir del año 2009 con fecha máxima para su presentación antes del primero de febrero de cada anualidad.

En efecto el Ministerio de salud elaboró dichos informes como se encuentra expresado en la siguiente tabla

Informes

Informe	Fecha	Periodo analizado
I	30 de enero de 2009	Solicitudes de recobro para el 2009 Para presentación de este informe recurrió a la información de los recobros, presentados por las EPS reconocidos vía tutela, 35.553 originados por medio de decisiones Judiciales, previa la sentencia con una reducción del 4.76% posterior a ella

III1	17 de agosto de 2010	para el análisis de ese año obtuvo información de los requerimientos de recobro presentados por las EPS como consecuencia de los medicamentos, insumos y tecnologías ordenados por vía judicial, presenta resultados de los fallos años 2009 y 2010
III2	4 de octubre de 2011	Junio de 2010 a mayo de 2011 La fuente serían las tutelas que reposaban en la Corte no obstante dado a los expedientes transitorios relaciono datos históricos de cobros en el periodo comprendido entre enero de 2008 y junio de 2011
IV3	22 de febrero de 2012	Para este informe también se basó en los cobros entre enero de 2008 y enero de 2012
V4	24 de agosto de 2012 (parcial) 1° de febrero de 2013 (completo)	Presentó análisis de las tutelas que involucran servicios de salud en el año 2012 con una muestra de 1060 tutelas en donde según la concentración de interposición el 9% fueron interpuestas en el Departamento de Caldas superada por

		Antioquia con el 34%, en este análisis relaciona los motivos de interposición de las acciones
VI5	14 de marzo de 2014 (informe parcial) 13 de noviembre de 2014 (completo)	Informe comparativo para el periodo 2010-2013, en el que se evidencia disminución con relación al año 2008 y un análisis detallado de las tutelas en salud mediante un muestreo estratificado
VII6	6 de febrero de 2015 (parcial) 21 de agosto de 2015 (informe completo)	Sistematizó 2.289 expedientes durante 8 meses y segmentó el informe en 4 partes la selección de muestras y variables, análisis general de las tutelas en salud, medidas adoptadas mediante la vigencia del 2014 y limitaciones y fortaleza del informe en comparación con años anteriores “Señaló que el uso de la acción de tutela es un fenómeno que está llegando a “su punto de quiebre”, en especial cuando se compara con las tutelas en general ya que para el 2012 el 26,9% de estas trataban sobre temas de salud y para el 2014 solo el 23,6%

		referían al mismo”. (Palacio, 2016)
VIII7	1° de febrero y 9 de junio de 2016 (parcial) 1° de agosto de 2016 (completo)	Selección de 150 Tutelas por semana, así como un estudio por Departamentos en donde se evidencia que para el 2015 fueron interpuestas 150.728 Tutelas cuyo territorio con mayor participación fue el Departamento de Caldas con 9.6 Tutelas interpuestas por cada 1.000 habitantes

Informe creado con base en la información descrita en el auto 590/16 sala Especial de seguimiento

En los análisis realizados por el Ministerio de salud, la constante fue la falta de información, basados inicialmente en el sistema de recobros y tutelas presentadas por este concepto, así como la presentación extemporánea de los mismos. Sin embargo se puede evidenciar que de los datos extractados en dichos informes, tanto en la información del cuarto con relación a las tutelas en materia de salud para el año 2012, como del octavo en el compendio de acciones de Tutela del año 2015, el Departamento de Caldas es el tercer Departamento con mayor número de Tutelas por cada 1000 habitantes, para el caso del cuarto informe, y el primer Departamento para el caso del octavo informe. Manteniéndose en los primeros y más desafortunados lugares, toda vez que estos índices refieren la necesidad imperante de la

población, a la recurrencia de alternativas jurídicas, para el cumplimiento de sus derechos, los mismos que bien deberían ser suplidos en su mayoría, por las EPS e IPS sin tramitologías adicionales.

No obstante, como se encontraba planteado en el sistema de salud, para que el Fosyga, actualmente Adres, realizara el pago de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, se debían surtir los procesos establecidos en la Resolución 3435 de 2016, así como la 1328 de la misma anualidad, expedidas por el Ministerio de Salud, en concordancia con la Resolución 5395 de 2013, aun cuando las entidades recobrantes manifestaban la imposibilidad, bien por adecuaciones administrativas, o falencias en el proceso para presentar un único recobro..

Dicha situación fue analizada en la Resolución 5319 de 2016, sin embargo, la misma impone en su Parágrafo 4 un procedimiento adicional

“Las entidades recobrantes solo podrán presentar por afiliado una única solicitud de recobro por cada período de radicación. En caso de no poder efectuarse el agrupamiento por usuario, la entidad recobrante deberá remitir a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, comunicación suscrita por el representante legal de la entidad, en el que se indiquen de manera detallada los motivos técnicos por los cuales no fue posible el agrupamiento”. (Resolución 5319 , 2016)

El citado trámite en concordancia con los documentos necesarios para efectuar el recobro cuando este se presenta mediante acción de tutela exige:

Formatos MYT-R, MYT-R Anexo 1 y MYT-02 debidamente diligenciados.

Primera copia del fallo de tutela con constancia de ejecutoría.

Original o copia de la factura de venta expedida por el proveedor.

Certificado de semanas cotizadas al SGSSS por el afiliado o beneficiario.

Copia del Acta de CTC, que negó el suministro del medicamento No POS.

Documento que evidencie la entrega o suministro del medicamento,

Actividad, procedimiento, intervención, elemento o servicio al paciente. (ADRES, s.f.)

Demuestran que en efecto y según lo evidenciado por la Corte en sentencia T-760 de 2008, el sistema se encuentra originalmente planteado con el fin de fomentar acciones de Tutela, para la prestación de servicios de manera más expedita, así como se viabilizaba para las EPS e IPS, el proceso de recobros cuando mediaba un fallo judicial, situación que en efecto, necesariamente decanta en el aumento de recurrencia a la Tutela, como medida para salvaguarda del derecho fundamental a la salud.

Con relación a las acciones de Tutela en Salud según los informes de la Defensoría del pueblo, así como del Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento de Caldas presenta las siguientes variaciones desde el año 2013 hasta el año 2018.

Año	Numero de Tutelas	Porcentaje	Puesto en Orden Descendente según Numero de Tutelas por Departamento
2013	7.758	6.56%	4
2014	8.226	6,95%	4
2015	9.477	6.95%	4
2016	9.177	5.78%	4
2017	12.496	6.32%	5
2018	10.166	4.89	6

Elaboración propia con datos de informe Defensoría del Pueblo y Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el año 2013 se evidencia que el Departamento de Caldas, es el cuarto ente territorial en número de acciones de Tutela en Salud, no obstante, según informe de la Defensoría del pueblo se constituye como el primer Departamento en número de tutelas por cada 10.000 habitantes, con un porcentaje del 78.3% seguido por Risaralda con 44.10% (Defensoria del Pueblo, 2014)

En el año 2014 Caldas se mantuvo como el Departamento con el indicador más alto, su porcentaje para este año asciende al 83,42% en el número de Tutelas por cada 10.000 habitantes, con un incremento de 5,82% en comparación con el año 2013, encontrándose posicionado en el

cuarto Departamento a nivel nacional, donde se interponen más tutelas para reclamar servicios de Salud, con el 6.95% del porcentaje total de las tutelas incoadas por este motivo, en el territorio nacional, siendo Manizales el municipio que registró la mayor cantidad de acciones con el 71,9% según informe (Defensoría del Pueblo, 2014)

Para el año 2015 Caldas continúa siendo el Departamento con mayor número de tutelas por cada 10.000 habitantes, con un porcentaje del 96.09%, y una variación del 15,19% de aumento con relación al 2014, siendo Manizales el Municipio con mayor participación en acciones de Tutela en salud. Es de anotar que se encuentra posicionado en el cuarto lugar entre los Departamentos, que lideran el ranking de mayor número de interposición de acciones de tutela en salud en el territorio nacional; con 9.494 acciones constitucionales, y un porcentaje del 6.28% (Defensoría del Pueblo , 2015)

Según el informe del Ministerio de Salud y Protección Social, el 52% del porcentaje total de las acciones de Tutela presentadas en esta anualidad, se encuentra concentrado en 4 Departamentos a saber: Antioquia, Bogotá, Valle, Caldas, el 46% restante se divide en 27 Departamentos, cuyas edades predominantes son personas mayores de 60 años. Ésta información fue consolidada con un análisis de 2.041 Tutelas, el 51% obedecen a situaciones de orden médico por servicios No Pos 72,9%, el 49% orden administrativo por demora en las solicitudes 59.9%. Con relación a los municipios a nivel nacional Manizales tuvo una participación de 6.234 Tutelas para el año 2015 con un porcentaje de 4.1% siendo antecedido por Cali, Medellín y Bogotá.

En el año 2016 a falta de informe de la Defensoría del pueblo, se recurre al informe del Ministerio de salud, en el cual se hace evidente que el Departamento de Caldas continúa teniendo la tasa más alta de tutelas por cada 10.000 habitantes con un porcentaje del 93%, no obstante el municipio de Manizales no es el que ocupa el primer lugar para esta anualidad, siendo reemplazado por Salamina con el 21,31% en tasa de Tutelas por cada 1000 habitantes

En el 2017 la tasa de Tutelas por cada mil habitantes es del 12.2%, los Municipios de San Miguel Santander, Salamina, y la Dorada Caldas, registraron la tasa de Tutela más alta por cada 1000 habitantes, con el 22,9% y el 20.7 % respectivamente en los dos Municipios de Caldas, para este año se presenta una variación en la posición de los Departamentos con mayor participación en la interposición de acciones de Tutela en salud, descendiendo al puesto número 5, aunque con un aumento de 3.317 tutelas con relación al año inmediatamente anterior (Ministerio de Salud Y Protección Social , 2018)

Para el año 2018 se presenta una variación interesante, aunque el Departamento de Caldas continúa siendo el Departamento con el indicador más alto en Tutelas por cada 10.000 habitantes, con 102,29% la variación porcentual con relación al año 2017, muestra una notable disminución del 18.81%, dicha variación es atribuida en gran medida a la creación de la Oficina de Gestión en Salud de Caldas.

3.1 Política Departamental en procura de una solución en materia de Salud

En efecto y toda vez que en el año 2017, así como los años antecesores, el Departamento de Caldas y por su parte el Municipio de Manizales se encontraban posicionados como los territorios con mayor recurrencia al mecanismo de la Tutela para la prestación de los servicios de salud, como respuesta y con el ánimo de mitigar y dar un giro a las no muy alentadoras cifras, el Consejo seccional de la judicatura en su rendición de cuentas para el año 2017, analizó como de manera recurrente las entidades que se encuentran facultadas para prestar los servicios de salud, presentaban constantes vulneraciones a los derechos fundamentales de los usuarios, prueba de ello las cifras anteriormente mencionadas, que denotan la constante necesidad de los usuarios de recurrir a mecanismos alternos para suplir sus requerimientos en materia de salud. Así pues, en un trabajo mancomunado con el Consejo Seccional de la Judicatura de Caldas, la Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial de Manizales, la Superintendencia de Salud y la Dirección Territorial de Salud de Caldas, posterior a varios estudios, implementaron la oficina de Gestión al usuario en salud, ubicada el primer piso del Palacio de Justicia "Fanny González Franco" de la ciudad de Manizales, en las instalaciones de la Oficina Judicial. Su funcionamiento consiste en la creación de un grupo conformado por personal de la Territorial de Salud, personal de la Superintendencia de Salud y bajo la coordinación de la jefe de la oficina Judicial, dicha dependencia brinda un atención personal a cada uno de los usuarios que se dirige con el fin de interponer una acción de tutela, es un momento previo a la presentación de la acción, sirviendo de intermediarios entre el usuario y la EPS o IPS y posibilitando una solución de manera expedita a las exigencias en materia de salud, pero también en materia de desacatos.

Esta oficina fue creada como homenaje a la simplicidad y al trabajo colaborativo de varias entidades, con una meta de respuesta de 48 horas, siendo muy inferior a la alternativa de la tutela, su fundamento consiste en hacer gestión antes que dar respuesta a una acción, como lo asegura el Doctor Gerson Orlando Bermont, Director General de la dirección Territorial en Salud de Caldas para el año 2019, utilizando el personal que respondía tutelas para hacer gestión en salud. Las EPS y las IPS que sin lugar a dudas tienen las mismas problemáticas de recursos y personal que sus semejantes en el país, han podido abrir mayores agendas de profesionales, para dar respuestas oportunas a las necesidades de la comunidad. En los informes del Ministerio de Salud y la Defensoría del pueblo, se evidencia que a nivel administrativo es la demora en la prestación de los servicios y la entrega de medicamentos, los factores que más frecuentemente se solicitan vía Tutela “para el año 2018 se registraron 607.308 Tutelas presentadas, 207.734 corresponden a transgresiones del derecho a la salud siendo esta la cifra más alta en la historia de Colombia desde la constitución política del 91” (Defensoria del Pueblo, 2018)

En efecto, está claro que existe una problemática que se encuentra suficientemente analizada, una vulneración sistemática del derecho a la salud, y una utilización excesiva de la acción de tutela como mecanismo para su protección, la cual trae consigo situaciones como el desgaste al aparato judicial, y procedimientos adicionales para pacientes y familiares que buscan el utópico fundamental y garantizado derecho a la salud. Como una posible respuesta emerge como una idea innovadora en el Departamento de Caldas y la ciudad de Manizales, una oficina que ha demostrado ser parte de la solución, y brindar un aporte significativo, con el fin de suplir los requerimientos que se buscan por medio de acciones judiciales, pero con la simplicidad de la

gestión, y aunque no tiene el peso de una política pública, si hace parte de una política Departamental.

Según relación de las solicitudes atendidas en la oficina de Gestión en Salud en el periodo comprendido entre el 03 de septiembre de 2018 fecha de apertura, y el 08 de agosto de 2019, se ha podido dar gestión a 3.691 solicitudes

Tipo de solicitud		
Clasificación	Número solicitudes	Porcentaje
Consulta especializada	1911	52%
Procedimientos	684	19%
Entrega de medicamentos	645	17%
Ayudas diagnosticas	269	7%
Otro	66	2%
En blanco	55	1%
Afiliación	35	1%
Examen de laboratorio	14	0%
Insumos	7	0%
Viaticos	5	0%
TOTAL	3691	100%

Elaborado por Consejo Superior de la Judicatura y la DTSC

Es así como aunque la eficacia de las políticas públicas en salud en el Municipio de Manizales ha sido más simbólica que material, sí se han creado políticas para evitar la judicialización de la salud, y puntualmente lograr disminuir el índice de interposición de acciones de tutela. Según el reporte de Manizales como vamos, en el año 2018 hubo una positiva variación en materia de salud, disminuyendo el tiempo para asignación de citas de un promedio de 2,4 días en el 2017 a un promedio de 1,7 días en el 2018, una cobertura plena de aseguramiento del 99%

de la población dentro del sistema de salud, y una satisfacción con los servicios de salud que ha aumentado paulatinamente de un 42% en el 2012 a un 75% en el año 2018, sin embargo, aún hay un reto bastante importante en materia de salud mental, pues este ámbito continúa ubicando al Municipio en el primer lugar en tasa de suicidios. Con relación al número de Tutelas, en el año 2019 fueron interpuestas 5.778 acciones en materia de salud en Manizales, según estadística de la Corte Constitucional

El problema jurídico central que aborda la sentencia T 760 de 2008 consiste en determinar si:

¿Las fallas de regulación constatadas en la presente sentencia a partir de los casos acumulados y de las pruebas practicadas por esta Sala, representan una violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo?
(Sentencia T 760 , 2008)

Más allá de la posibilidad de dar respuesta a este problema jurídico es necesario resaltar que en efecto existen unas obligaciones constitucionales, que tienen las autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, pero no basadas en normas que propendan una eficacia simbólica, sino una eficacia material, recordando que los derechos no se cumplen por encontrar un fundamento en un compendio normativo, su cumplimiento se da con la trascendencia a lo fáctico, una realidad que no avizoran muchas de las personas que solo mediante un fallo de tutela encuentran una posible solución a un requerimiento médico.

Una de las pretensiones de la Corte, posterior al análisis de las tutelas, consiste en “la adopción por parte del Ministerio de Salud de las medidas para obtener una reducción en la presentación del amparo constitucional, cumpliendo así con el mandato constitucional” (Palacio, 2016) y el objetivo del trigésimo Auto de seguimiento es demostrar estadísticamente el cumplimiento de dicha pretensión reflejado en la disminución de la recurrencia a las acciones de Tutela. Tomando acción el Departamento de Caldas y por su parte el Municipio de Manizales, han implementado una iniciativa ejemplar en palabras del Ministro de Salud el Doctor Juan Pablo Uribe quien después de conocer el funcionamiento y la estrategia refirió como se evidencia en el informe publicado en DTSC:

“La oficina plantea una ruta expedita donde todos los actores del Departamento trabajan para resolver las causas de tutela que se va a presentar, descongestionando el sector judicial, dándole una respuesta efectiva al ciudadano, evitando el sobre costo al sistema, mejorando el acceso y cumpliendo las expectativas del ciudadano, esta iniciativa es un ejemplo”

Citando al autor Mauricio Villegas

“La fuerza social del derecho, entonces, no se limita a la imposición de un comportamiento o a la creación instrumental de un cierto estado de cosas. La fuerza del derecho también se encuentra en su carácter de discurso legal y de discurso legítimo; en su capacidad para crear representaciones de las cuales se derive un respaldo político; en su aptitud para movilizar a los individuos en beneficio de una idea o de una imagen, con independencia de la evaluación

de veracidad o de efectividad que pueda hacerse de la correspondencia de dicha idea o imagen con la realidad” (García Villegas, 1993 pág. 87).

CAPITULO III

4. Diseño Metodológico

La metodología utilizada en el desarrollo del presente trabajo obedece a al tipo de investigación cualitativa de carácter descriptivo, toda vez que partiendo del análisis detallado de lo establecido por la Corte en la sentencia T-760 de 2008 como fallo estructural, se realiza el rastreo de las órdenes de ejecución y el cumplimiento de las mismas, para ello se realizó una recopilación de los informes efectuados por la Sala especial de seguimiento, para la citada sentencia, así como aquellos realizados por la Defensoría del Pueblo y Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de determinar el alcance estadístico del comportamiento del Departamento de Caldas, y más específicamente del Municipio de Manizales con relación al cumplimiento de la orden Número 30 de la referida sentencia.

4.1 Enfoque

El desarrollo del presente proyecto investigativo obedece al enfoque cualitativo, fundamentado en un método hipotético deductivo, pues parte de la observación de una problemática abordada desde la sentencia T 760 de 2008, analizada desde el estudio de las políticas públicas, así como acciones Gubernamentales en pro de la disminución de acciones constitucionales; para ello se partió desde una generalidad realizando un análisis tanto legal como jurisprudencial de la evolución en materia de salud en Colombia, así como las situaciones fácticas que dieron lugar al pronunciamiento de la sentencia, posterior a ello se analizaron cada

una de las 16 órdenes específicas que dictó la Corte, así como los informes que se suscitaron en virtud del trigésimo Auto de seguimiento. Mediante un rastreo se realizó un seguimiento de la cantidad de acciones de tutela incoadas en el Departamento de Caldas desde el año 2009, con el fin de determinar el aumento o disminución de la interposición de acciones constitucionales, posterior a la providencia objeto de estudio, así como se analizaron las políticas públicas en materia de salud desarrolladas desde el año 2008 en el Municipio de Manizales, con el fin de verificar si las mismas tienen como sustento normativo el Auto de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, puesto que una de las pretensiones de dicho fallo consiste en fortalecer e implementar políticas públicas, que permitieran el acceso y la prestación de los servicios de salud, sin la necesidad de recurrir a mecanismos jurídicos o constitucionales, que aumentaran la tramitología en los pacientes, así como también generan congestión en el sistema judicial.

En el desarrollo del presente trabajo investigativo se llevaron a cabo las siguientes fases:

Fase 1: Recopilación y análisis de Normatividad. Se realizó un análisis normativo que desarrolla el concepto y la aplicación de la salud como derecho, desde sus orígenes en el territorio nacional, así como referentes internacionales.

Fase 2: Desarrollo del contenido: el contenido del presente proyecto investigativo fue desarrollado con el fin de precisar la relevancia que ha tenido la sentencia T 760 de 2008, pero más allá de la misma trascender a las pretensiones que se imparten en procura de la garantía de cumplimiento por parte de la Corte, valiéndose de sus Autos de seguimiento, e incluso creando una Sala especial de seguimiento para el cumplimiento de los mismos, haciendo especial hincapié en aquel trigésimo Auto, que se centra en la medición de la interposición de las acciones de Tutela como mecanismo de mayor recurrencia por parte de la población, para la

garantía de un derecho tratado en términos de fundamentalidad. Dicho desarrollo parte de la generalidad de las acciones de tutela incoadas a nivel nacional, hasta llegar a la particularidad del Departamento de Caldas y en especial al Municipio de Manizales, con la finalidad de demostrar si las políticas públicas desarrolladas han sido coadyuvadas por dichas órdenes, o si existe alguna acción de gobierno que se hubiese implementado con el fin de cumplir con la finalidad de disminución en la interposición de acciones constitucionales, decantando en la resolución de problemas de la sociedad en materia de salud, con un método más expedito que el recurso judicial.

Fase 3: Proceso crítico. Finalmente surge como consecuencia de la investigación realizada, una posición crítica la cual se fundamenta en que evidentemente la salud en Colombia ha sido objeto de importante evolución normativa, lo que demuestra que en efecto ha supuesto un reto en materia legislativa, no obstante necesariamente ha sido coadyuvada por el sistema judicial. La salud anteriormente vista como un servicio público a cargo del Estado, hoy es reconocida no solo a nivel jurisprudencial, sino también a nivel legal mediante la ley 1751 de 2015 como derecho fundamental, no obstante claramente se puede evidenciar como se hace necesaria la implementación de mecanismos que permitan materializar dichas normas, que bien regulan de una manera holística pero poco garantista visto desde lo fáctico, pues los informes de las acciones de Tutela muestran una sociedad que carece de garantía de un derecho, cuya fundamentalidad se ve sesgada por la tramitología. No obstante se identifica una evolución pero bastante limitada ante la efectividad material de la que carecen no solo las políticas públicas, sino en conjunto las acciones de gobierno que continúan dejando a la rama judicial la responsabilidad de garantizar los derechos que el legislativo señala de manera incipiente.

4.1.2 Método Hermenéutico

Esta investigación se ha basado principalmente en un estudio realizado a través de un método hermenéutico de primer nivel, de tipo descriptivo, toda vez que para ahondar en la problemática del acceso a la salud en Colombia, ha sido necesario acudir en principio a la interpretación de la normatividad que regula la salud como tal, desde los artículos 44 y 49 constitucionales, como las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, hasta la más reciente pero no menos relevante 1751 de 2015. Se analizó un compendio jurisprudencial de sentencias como la T – 484 de 1992, T – 597 de 1993, SU – 111 de 1997, hasta llegar a la sentencia T – 760 de 2008, que demuestra la evolución de este derecho y amplía los mecanismos para su acceso, siendo la Corte Constitucional la principal garante del mismo vía revisión eventual de acciones de tutela.

5. CONCLUSIONES

La presentación y desarrollo de los acápites que anteceden, dieron lugar a la descripción relacionada con la evolución del derecho a la salud, tanto en el marco legal como el jurisprudencial, dando claridad que el mismo se encuentra sustentado bajo unos principios que estructuraron dicho derecho en procura de la accesibilidad, manejo adecuado de los recursos, prestación de servicios de forma continua, integral, pero sobre todo de calidad, bajo una descripción del contexto fáctico en el que se emite el fallo de la Corte Constitucional mediante la sentencia T-760 de 2008, dejando en evidencia falencias estructurales y reglamentarias que permean la salud en Colombia, las mismas que le adhieren un protagonismo a la rama judicial.

Esto último, analizado desde la óptica de la resolución de acciones legales y constitucionales incoadas por la ciudadanía, con el fin de obtener de forma material, aquellas prerrogativas que se encuentran inmersas en el derecho positivo, en compendios normativos que sirven de sustento pero que carecen de factibilidad.

Una vez abordados tales elementos, se dio lugar a esbozar las precisiones que incorpora la sentencia, las cuales fundamentan los presupuestos de la investigación, identificando las pautas que la misma manifiesta bajo la premisa de un fallo estructural, dicha premisa adquiere una fuerza jurídica toda vez que la estudiada sentencia no se limita únicamente al análisis, solución y desarrollo que se evidencia en los 22 casos estudiados por la Corte, sino que extiende sus efectos erga omnes, con el fin de encontrar una solución de fondo a falencias reglamentarias que no pudieron ser subsanadas por el legislador, toda vez que al ser reguladas presentaban vacíos y evidentes falencias ante la ausencia de políticas públicas claras, que terminaban por lesionar, en el caso concreto, el derecho fundamental a la salud, es así como la Corte, bajo la adopción de una posición objetiva, demostrando la incoherencia entre los principios plasmados en el ordenamiento jurídico y el efectivo cumplimiento, vinculando a la Defensoría del Pueblo, Ministerio de Protección Social, y organismos de supervisión y regulación en salud, impartió órdenes que llevaron a la Corte a la creación de una “sala especial de seguimiento” encargada de identificar las fallas y evaluar el proceso de implementación de las órdenes, con el fin de que se construyan y ejecuten políticas públicas que cumplan con el objetivo de una prestación digna en materia de salud, bajo los preceptos de fundamentalidad, eficiencia, y celeridad, y por ende como se pretende en el trigésimo Auto de Seguimiento, objeto del presente estudio, permitan la disminución de acciones de tutela, pero esta disminución traducida desde la solución de fondo a

las falencias en materia de salud, es así como desde la posición asumida por la Corte en esta sentencia, se generan dos grandes interrogantes los cuales se dejan abiertos como presupuestos para el desarrollo de nuevas investigaciones, estructurados desde el cuestionamiento que se genera en virtud de providencias como la estudiada en la presente investigación ¿Puede ser la Corte Constitucional creadora de políticas públicas? ¿Constituye la sentencia T 760 de 2008 un fallo estructural?

Ahora bien. Partiendo desde la generalidad evidenciada de manera estadística en el periodo comprendido entre el año 1999 y el año 2008, fueron interpuestas en el territorio nacional 1.951.341 tutelas, de las cuales 674.612 se interpusieron en materia de salud, lo que quiere decir que el 34% de la actividad judicial en materia de tutelas fue destinada a la resolución de situaciones que obedecían a vulneraciones en salud.

En el Departamento de Caldas, para el tiempo comprendido entre el año 2013 y 2018, fueron interpuestas 57.300 acciones de tutela en este ámbito, encontrándose entre los 5 Departamentos con mayor recurrencia a esta acción constitucional para la garantía de derechos a la salud, presentándose notables aumentos durante cada anualidad, a excepción del año 2018, con lo cual se profiere una notable conclusión que demuestra que las EPS así como demás entidades del SGSSS desconocen preceptos tanto legales como constitucionales de prestación sostenible, oportuna y equitativa siendo la Corte Constitucional la encargada de mediar y servir de garante en la protección de los derechos fundamentales en materia de Salud.

Claramente existe una problemática delimitada que trasciende de lo incipiente a lo necesario, de esta manera la jurisprudencia constitucional ha recalcado tres condiciones básicas que se deben observar en una política pública:

La primera es que exista efectivamente, es decir, que parta de un programa de acción estructurado que permita adoptar a la administración responsable las medidas adecuadas a que hubiere lugar.

La segunda que tenga como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho.

La última condición está dada en que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan una efectiva participación democrática en todas las etapas.

En el municipio de Manizales se han desarrollado cinco políticas públicas, ninguna de las cuales tiene como fundamento normativo o finalidad la garantía de la salud como derecho fundamental, tampoco existe una política pública implementada con el objetivo de disminuir la recurrencia al mecanismo constitucional para su garantía, pero lo más importante es que ninguna de las políticas públicas investigadas cumple con una eficacia material, todas obedecen a una eficacia simbólica, lo que vislumbrado desde la transformación de la evidencia social demuestra que las mismas han sido desarrolladas más en procura de la legitimación de los gobernantes, que de la transformación social.

La situación anteriormente descrita responde a que pese que ha existido una implementación de políticas públicas, o por lo menos un diseño nombrado como tal, su función difiere de una transformación social, así como también desde su elaboración vulnera dos de las tres condiciones básicas que ha desarrollado la Corte a nivel jurisprudencial en materia de políticas públicas, pues no priorizan la garantía del goce efectivo del derecho, así como tampoco permiten una efectiva participación democrática en todas las etapas de su desarrollo.

Uno de los hallazgos más relevantes de la presente investigación, se centra en la ausencia de un sistema de medición y evaluación objetivo de las políticas públicas en el Municipio de Manizales, un proceso evaluativo que no se centre en el análisis de resultados como se evidencio en el proceso investigativo, sino que realice un acompañamiento desde la elaboración de los objetivos para que estos puedan ser medibles y acordes con la necesidades de transformación centrado en la necesidad social y no en la legitimidad de la gobernabilidad.

“La garantía del disfrute del nivel más alto de salud posible” (Pacto Internacional de Derechos Economicos, Sociales, Culturales, 2012) no solamente se limita a la ausencia de enfermedades sino que trasciende a conceptos basados en la dignidad humana, el más alto nivel de salud posible. Aun cuando en materia de políticas públicas en el Municipio de Manizales se evidencian falencias desde la elaboración, implementación, ejecución y evaluación, en los reportes analizados se puede apreciar que desde el año 2018 la mecánica en interposición de acciones de tutela ha disminuido notablemente, en un 18% con relación al año 2017, dicha situación obedece a la implementación de la Oficina de Gestión en Salud, una política departamental que ha permitido una comunicación entre la EPS, IPS, Territorial de Salud, para

que en un trabajo mancomunado se logre, más que dar trámite, brindar una solución al usuario en un término de 48 horas, evitando el desgaste del sistema judicial, pero más importante aun materializando la transformación de la evidencia social del ciudadano que requiere un servicio o procedimiento en salud. Dicha implementación se encuentra enmarcada como una iniciativa innovadora pero más allá de eso ha logrado desde la simplicidad brindar una solución real a una población que apelaba una atención real, la cual se ve reflejada en índices de satisfacción y confiabilidad relativa en dicha materia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Rodríguez, A. and Sarmiento, R. (2008). Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión Pública en América Latina. [Online] Scielo.org.co. Avalarle at:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165770272007000200004 [Accessed 9 nov. 2019].

Suarez Orozco, I. (2016). Retrieved 9 November 2019, from <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>

Retrieved 9 November 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S012400642010000400001

Arrieta Lotteau, Y. (2017). Retrieved 9 Noviembre 2019, from http://www.unilibre.edu.co/cartagena/pdf/investigacion/libros/derecho/LA_SALUD_COLOMBIANA.pdf

Vélez-Arango AL, González-López JR. El acceso a medicamentos y su alcance por la vía judicial: análisis comparativo Colombia España. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(1):121-131.

Giraldo Aristizabal, c. (2011). [Online] Ridum.umanizales.edu.co. Available at: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1678/140_Giraldo_Aristizabal_Carlos_Andres_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed 13 Nov. 2019].

Vélez, Alba Lucía. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la Salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. Colomb. Med. [online]. 2005, vol.36, n.3, pp.199-208. ISSN 1657-9534.

Elsy Luz Barrera, 2018. "La salud en Colombia. Entre el derecho a la salud y la Racionalidad económica del mercado, 1923-2015," Books , Universidad Externado de Colombia, Facultad de Derecho, number 993, septiembre.

Moreno Mosquera, s. (2014). [online] Minsalud.gov.co. Available at: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Accion-de-Tutela-como-mecanismo-proteccion.pdf> [Accessed 13 nov. 2019].

González Escobar, M., Mosquera Cardona, E. and Zuluaga Giraldo, G. (2015). Medición del Impacto de la acción de tutela frente a la Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008, en el distrito judicial de Manizales para los años 2013 y 2014. [Online] Repositorio.unilibrepereira.edu.co.

Available at: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/500>

[Accessed 13 Nov. 2019].

7.

ADRES. (n.d.). *Ministerio de Salud*. Retrieved from <https://www.adres.gov.co/Otras-prestaciones/Recobros/Manuales-viejo/Procesos/Recobros-por-Fallo-de-Tutela>

Alcaldía de Manizales. (2010). *Política de Salud Ambiental*. Manizales: Repositorio Digital.

Alcaldía de Manizales. (2015). *Manizales Como Vamos*. Manizales.

Alcaldía de Manizales. (2017). *política Pública Salud Oral Manizales*. Retrieved from <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6a107fc9-5ddd-483d-93f7-ce3e5eaafa20/politica+Manizales.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mmcAzRh>

Alcaldía de Manizales- Universidad Autónoma . (2010). *Política pública en salud ambiental para el Municipio de Manizales*. Manizales, Caldas.

Caldas, D. T. (2016). *Informe comportamiento Suicidio en el Departamento*. Manizales.

Constitucion Política Colombia art 2. (1991). Retrieved from <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Corte Constitucional. (2008). *Orden trigesima sentencia T-760*. Bogota: Sala Especial de Seguimiento a las Sentencias.

decreto 019, 019 (2012).

decreto 2591 (1991).

Decreto 2591 de 1991, art 1 (Corte Constitucional 1991).

Defensoría del Pueblo . (2015). *La Tutela y los derechos a la Salud y la seguridad social 2015*. Bogotá: Defensoría del Pueblo .

Defensoría del Pueblo. (2014). *La Tutela y los derechos a la Salud y la Seguridad Social*. Bogotá: Defensoría del Pueblo .

Defensoría del Pueblo. (2018). *Informe Ejecutivo*. Bogota.

Defensoría del Pueblo. (2018). *La Tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. Bogotá: defensoría del pueblo.

Dirección Territorial de Salud de Caldas . (2018). *Dirección Territorial de Salud de Caldas*. Retrieved from Dirección Territorial de Salud de Caldas : <https://saluddecaldas.gov.co/la-estrategia-de-atencion-primaria-social-y-la-oficina-de-gestion-al-usuario-son-iniciativas-ejemplares-de-caldas-que-hay-que-replicar-en-el-pais-ministro-de-salud-y-proteccion-soc/>

- Dora Cardona Rivas, L. D. (2017). *Evaluación Política Pública Salud Oral*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Dora Cardona Rivas, L. D. (2018). *Evaluación de la política de salud oral Manizales 2007/2017*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Eslava, A. (2011). *el juego de las políticas públicas*. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit.
- Manizales, s. d. (2019). *secretaria salud Manizales*. Retrieved from <http://manizalessalud.net/tag/salud-mental/>
- Ministerio de Salud Y Protección Social . (2018). *La Tutela en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud .
- Ministerio de salud y protección social. (2015). *Informe de cumplimiento Tutela en Salud* . Bogotá: Sala Especial de Seguimiento.
- Organización Mundial de la Salud . (2014). Documentos Basicos- Constitución de la OMS.
- Pacto Internacional de Derechos Economicos, Sociales, Culturales. (2012). *consejo económico y social*. Retrieved from https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf
- Palacio, M. J. (2016). *AUTO 590/16*. Bogotá D.C.: Corte Constitucional, sala de seguimiento .
- Pierre Muller, I. S. (2002). *Políticas Públicas*. Bogotá : Ediciones Aurora .
- pueblo, D. d. (2003 2005). *La Tutela y el derecho a la salud* .
- Resolucion 5319 , 5319 (Ministerio de Salud y Protección Social Noviembre 03, 2016).
- Sentencia T 760 , T 760 (Corte Condtitucional 2008).
- Vargas, C. S. (2008). *politicas publicas y think thaks*.