

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

[DOI 10.35381/noesisin.v7i13.215](https://doi.org/10.35381/noesisin.v7i13.215)

Políticas públicas de salud en Colombia

Public health policies in Colombia

Diana Angélica Barrera

diangeba@gmail.com

Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín, Maracaibo, Zulia
Venezuela

<https://orcid.org/0009-0002-6184-1228>

Linda Anita Barrera

linda.barrera@gmail.com

Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín, Maracaibo, Zulia
Venezuela

<https://orcid.org/0009-0003-9540-3821>

Recibido: 15 de septiembre 2024

Revisado: 12 de noviembre 2024

Aprobado: 13 de diciembre 2024

Publicado: 01 de enero de 2025

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar el sistema de salud en Colombia desde el marco de las políticas públicas de salud. Partiendo de explorar y analizar una conceptualización del problema de acceso a la salud, que capte las particularidades de la población y del contexto colombianos, con fines de formular acciones para el desarrollo e implementación de políticas públicas con sentido humano que le permitan a la sociedad en general, especialmente a la población en condiciones vulnerables, acceder y disfrutar de un sistema de salud que responda a sus necesidades vitales. Entre los resultados de este trabajo de investigación, se señala que existe una legislación a favor del derecho de las personas a acceder al sistema de salud, pero en la práctica no ocurre lo mismo. En este marco de deficiencias, se proponen unas líneas de acción que pudieran coadyuvar en la solución del problema.

Descriptor: Políticas públicas; sistema de salud; salud pública. (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze the health system in Colombia within the framework of public health policies. It starts by exploring and analyzing a conceptualization of the problem of access to health, which captures the particularities of the Colombian population and context, in order to formulate actions for the development and implementation of public policies with a human sense that will allow society in general, especially the population in vulnerable conditions, to access and enjoy a health system that responds to their vital needs. Among the results of this research work, it is pointed out that there is legislation in favor of the right of people to access the health system, but in practice this is not the case. Within this framework of deficiencies, some lines of action are proposed that could contribute to the solution of the problem.

Descriptors: Public policies; health system; public health. (UNESCO Thesaurus).

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud colombiano ha sido objeto de profundas transformaciones a lo largo de las últimas décadas, reflejando las dinámicas sociales, políticas y económicas del país. Este estudio se centra en analizar la evolución histórica de las políticas públicas de salud en Colombia, con el objetivo de comprender los factores que han influido en su diseño e implementación, así como sus impactos en la salud de la población. A través de un análisis cualitativo de documentos oficiales, leyes, normativas y literatura especializada, se busca reconstruir la trayectoria histórica de las políticas de salud en Colombia, desde los modelos asistenciales iniciales hasta los actuales. Además, se realizará un análisis de contenido de discursos políticos y documentos clave para identificar los principales ejes temáticos y las visiones predominantes sobre la salud.

La investigación revela la complejidad de las políticas públicas de salud, que se ven influenciadas por factores económicos, sociales, políticos y culturales. Se identifican los principales desafíos que ha enfrentado el sistema de salud colombiano, como la inequidad en el acceso a los servicios, la fragmentación institucional y la sostenibilidad financiera. Asimismo, se analizan las diferentes reformas implementadas y sus impactos en la salud de la población.

Los resultados de esta investigación permitirán comprender mejor la evolución de las políticas de salud en Colombia y contribuir al diseño de políticas públicas más equitativas y eficientes. Al identificar los factores que han influido en el éxito o fracaso de las políticas anteriores, se podrán proponer recomendaciones para mejorar el sistema de salud y garantizar el derecho a la salud de todos los colombianos.

MÉTODO

En cuanto a la ruta metodológica, para el análisis de las categorías de estudio, se empleó la técnica del análisis de contenido, según Ander Egg (2006) “integra diversos recursos que permiten abordar los eventos de estudio, hechos, situaciones, textos, autores, video,

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

cine, con el interés de profundizar en su comprensión” (p. 217). Se indagó en centros de salud, medios de comunicación social y la versión de los afectados. En cuanto al análisis de documentos, recae en el significado y valor del documento, que constituye entonces la unidad de análisis, originando una descripción sustancial del mismo, que parte del estudio de las ideas expresadas en el documento. El propósito fundamental de esta técnica es observar, reconocer el significado de los elementos que forman los documentos, y de acuerdo con lo planteado por Finol y Nava (2006) y Hurtado (2010). clasificarlos y categorizarlos convenientemente, para luego realizar las reflexiones finales después del análisis de los distintos documentos sobre el problema de la salud en Colombia que se expone en esta investigación.

En este caso se recogen evidencias del diagnóstico a políticas públicas sobre salud desarrolladas para Colombia, lo que implica atender el clamor de comunidad más vulnerables para ser actores en el proceso de inclusión social que propugna la Constitución Colombiana del 91 y así promover la sensibilización y concientización sobre la igualdad de oportunidades, traducidos en acción, mediante Políticas Públicas que respondan a esta aspiración colectiva.

RESULTADOS

Políticas Públicas

Las políticas públicas tienen como propósito resolver problemas sociales buscando la satisfacción de sus destinatarios. En este sentido, los decisores públicos impulsan actuaciones que son llevadas a la práctica mediante programas de gobierno, normativas regulando cada una de las políticas públicas, soportándose en cálculos económicos cuando las políticas públicas se articulan a través de un presupuesto. Al respecto Revuelta (2017), señala que toda política pretende incidir en la sociedad actuando sobre las necesidades y los problemas detectados con el objetivo de provocar un impacto o cambio de esa realidad.

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

Entre las políticas públicas de mayor prioridad, según Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), las de salud ocupan un lugar muy destacado, bien sea por su relación directa con el bienestar de la sociedad, bien por sus características políticas y sociales, o bien por el importante peso que el sector sanitario tiene en la actividad económica de los países. Desde una perspectiva económica, pareciera que las políticas de salud pretendieran que la producción de salud no sea más costosa de lo necesario, que la salud que se produzca no se valore menos de lo que cuesta y, finalmente, que se consiga la perfecta traducción de los planes de salud en políticas gubernamentales y planes de servicios.

Traducir objetivos de salud en servicios sanitarios ha constituido una tarea difícil, pero importante si no se quiere perder de vista su principal razón de ser. En consecuencia en este escenario se hace necesario analizar esas políticas para revisar implementación en aras de mejorar cobertura, acceso y la calidad de vida del ciudadano colombiano. Es necesario revisar los programas de prevención de enfermedades y el tipo de respuesta que las instituciones prestadoras de salud ofrecen a casos crónicos o de emergencias que pudieran presentar cualquier usuario del sistema de salud.

El estado Colombiano, antes que se promulgara la Ley 100, tenía bajo su responsabilidad el funcionamiento de la salud donde los hospitales públicos recibían un presupuesto al año para atender a todas las personas y eventualidades que se presentaran. Todos los años, para finales de agosto y comienzos de septiembre, los pacientes terminaban agolpados en los corredores y urgencias o simplemente no lograban pasar las puertas, porque el presupuesto se había acabado. El personal de la salud se paralizaba o amenazaba con hacerlo, los directores de los centros asistenciales encendían las alarmas y los pacientes protestaban sin éxito. Ese oscuro panorama, que siempre era una oportunidad para hablar de la crisis de la salud o de la forma como se malversaba el presupuesto, terminaba una vez el Estado, gracias a la mediación de concejales,

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

diputados, alcaldes, gobernadores, médicos y hasta la Iglesia, aprobaba una adición presupuestal y les giraba más y más dinero para terminar el año atendiendo la crisis.

Legislación en Salud en Colombia

La constitución que servía de marco al anterior Sistema Nacional de Salud no describía al estado colombiano como uno social de derecho. La constitución de 1886 definía el estado colombiano como “Estado de derecho”. Es en la Constitución Política de 1991 cuando se introduce una palabra a la descripción inicial del Estado: Colombia es ahora un “Estado social de derecho”.

La inclusión de la palabra “social” tiene profundas implicaciones en la manera de concebir el Estado sus responsabilidades para con los habitantes del territorio nacional, pues los servicios de salud, que antes se prestaba a los colombianos bajo un esquema de beneficencia pública, se convierte ahora en un derecho de las personas.

De manera que la constitución política de Colombia de 1991, para establecer el Estado Social de derechos propuesto en la asamblea Nacional Constituyente desarrolló un catálogo de derechos fundamentales, que incluye el carácter de fundamental a los derechos sociales. En este sentido se incluyeron varios artículos que consagraban el derecho a la salud, dentro de los cuales cabe destacar el artículo cuarenta y cuatro que estableció los derechos de los niños, el artículo cuarenta y seis que consagro la obligación estatal de garantizar la seguridad social integral y el artículo cincuenta y dos que establecía que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La salud básica será gratuita y obligatoria en los términos que establezca la ley. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud públicos y privados. La ley determinara las obligaciones y la responsabilidad del estado y de los particulares para asegurar el goce de este derecho y el modo de hacerlo efectivo (Art. 46)

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

Debido a las anteriores contradicciones surge la Ley 100 de 1993, la cual establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto. Esta ley no daba respuesta a los problemas del sector salud, en consecuencia en 2007 se promulgó Ley 1122, donde se estableció que la salud pública estaría constituida por un conjunto de políticas que buscarían garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Esas acciones se debían realizar bajo la rectoría del Estado y deberían promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad, para en conjunto sostener un esfuerzo organizado por parte de la sociedad para mejorar su nivel de salud.

Esa práctica descansa en un modelo basado en la autoridad, donde de acuerdo con Hobbes (1980, p. 57), los individuos transfieren una parte importante de su albedrío a un ser superior, el estado, para que les garantice los mayores niveles de salud y bienestar y los menores de enfermedad. A pesar de que, se han creado leyes y se han implementado acciones importantes para dar respuestas a la demanda de servicios de salud, la situación persiste. Los colombianos están demandando más servicios, en especial medicamentos y terapias de última tecnología, pero las entidades promotoras de salud (EPS), encargadas de promover la afiliación al sistema de seguridad social pareciera que no tienen las condiciones presupuestarias para enfrentar la situación crítica.

La salud como un derecho social

En el plano internacional, la distinción teórica entre derechos de primera, segunda y tercera generación, ha sido paulatinamente superada mediante la implementación de

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

resoluciones, declaraciones o programas de acciones en el marco de diversas organizaciones internacionales, entre éstas la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas. En la Constitución de 1991 se reconoce al derecho a la salud como derecho fundamental, abarcando tanto el bienestar físico y mental, pero también el bienestar social, lo cual le otorga un contenido social más amplio a un derecho tradicionalmente vinculado a la integridad física y mental.

Del mismo modo, la Defensoría del Pueblo (2003), ha expresado, en su observación general, que el derecho a la salud es fundamental, asignándole contenidos específicos dependiendo de la categoría de sujetos titulares. Así, ha aludido a la posición de los niños y de las niñas, así como de las mujeres, víctimas de discriminación histórica por distintas razones que hoy constituyen los llamados criterios sospechosos en el derecho internacional de los derechos humanos.

En el marco de los debates en el derecho internacional hoy se considera como superada la distinción clásica entre derechos de primera, segunda y tercera generación, la cual subsiste para efectos puramente académicos, pero superada en cuanto actualmente se opina que todos los derechos imponen deberes tanto negativos como positivos. En otras palabras, según Echeverri (2016) el Estado también debe configurar las condiciones sociales para que los derechos sean eficaces, pues, por ejemplo, una persona no tiene una libertad plenamente garantizada cuando no tiene condiciones materiales de vida digna, es decir, cuando no cuenta con trabajo, vivienda, educación o salud.

Atendiendo a esta aspiración colectiva de los ciudadanos del mundo, la Declaración de Viena de 1993 acordó que los derechos eran interdependientes e indivisibles, lo que apunta a una concepción integral acerca de los derechos humanos. Ahora bien, el que se haya superado la distinción entre las generaciones de derechos, no significa que todos los derechos cuenten con el mismo grado de protección. En el marco de esas tres perspectivas teóricas, las cuales resultan relevantes para explicar la naturaleza del derecho a la salud como un derecho social fundamental y para fortalecer la propuesta de

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

investigación planteada. Según Álvarez (2015) una “persona tiene un derecho fundamental definitivo concreto a un mínimo social para satisfacer sus necesidades básicas si, pese a su situación de urgencia, el Estado, pudiendo actuar, omite injustificadamente hacerlo y lesiona con ello a la persona” (p.67).

De otra parte, se han concebido tales derechos como fuentes de normas, de fines del Estado, teniendo en cuenta que para el Estado es un fin superior garantizar la dignidad humana, la libertad y la autonomía de la persona. Los derechos sociales fundamentales como normas de rango constitucional, alcanzan el estatus de fundamental, debido que son la fuente necesaria para la materialidad de principios y valores en los que se ha fundado el Estado social de derecho, por lo que ha sido necesario que el intérprete de la Constitución a través de la jurisprudencia, y dado lo abierto de algunas normas señale el sentido de la interpretación.

En este contexto, la naturaleza jurídica del derecho a la salud ha sido ampliamente discutida para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela. La discusión fue aclarada mediante la Sentencia T-760 de 2008 al reconocer al derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo. Sin embargo, no se percibe de algunas de las subsiguientes jurisprudencias de la Corte Constitucional una absoluta correspondencia con el reconocimiento realizado por tal sentencia. De hecho, sentencias posteriores a la T-760 de 2008 han regresado a la concepción del derecho a la salud como fundamental solo por conexidad.

Estas contradicciones sobre el derecho a la salud como derecho fundamental, obliga a las investigadoras analizar las características propias del derecho a la salud y compararlas con las propias de un derecho fundamental a fin de buscar la consolidación de tal derecho como un derecho seriamente fundamental para todos los efectos legales y prácticos, y no solo como fundamental para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela. Precisamente en el devenir histórico verificable de la determinación de la salud como un derecho nos encontramos que el derecho a la salud está prolijamente regulado

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

en los instrumentos jurídicos de carácter internacional, consagración de la cual se puede señalar que el derecho a la salud es un derecho humano universal, vinculante e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.

En Colombia el derecho a la salud se elevó a rango constitucional con la constitución política de 1991, desarrollado en el artículo 50 de la Constitución, en ambos casos en el marco de los derechos sociales. Igualmente, el derecho a la salud fue expresamente consagrado como un derecho fundamental en el artículo cuarenta y cuatro de la misma constitución política.

En términos de la constitución del 91, se podría relacionar plan de vida con dignidad y con libre desarrollo de la personalidad. En ese sentido, ¿no es objetivo del derecho a la salud y los bienes y servicios de salud, proteger los bienes básicos necesarios para el desarrollo de cualquier plan de vida? ¿No es el derecho a la salud un derecho universal, en cuanto protege, junto con otros derechos, los bienes básicos de todos los residentes en Colombia? ¿Acaso el derecho a la salud no es una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida de cualquier persona en Colombia?

A manera de conclusión, el derecho a la salud como derecho irrenunciable es un derecho de las personas y de la comunidad, más allá de la voluntad del Estado para reconocerlo. Las características generales de los derechos fundamentales en relación con su génesis como derechos humanos, esto es: vocación de universalidad, son innatos, irrenunciables, obligatorios, inalienables, imprescriptibles, indivisibles, inviolables y progresivos, de las cuales podemos afirmar que el derecho a la salud cumple con cada una de ellas por su natural condición de derecho humano positivado en no pocos instrumentos internacionales de derechos humanos.

Aspectos críticos del sistema de salud de Colombia

Ahora bien, según Álvarez (2015) como aspectos críticos del sistema de salud colombiano se destacan las dificultades para garantizar la sostenibilidad financiera del

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

sistema y brindar la cobertura universal. En el caso del régimen contributivo, su dinámica depende casi que exclusivamente de lo que suceda en el mercado laboral y esto lo hace muy vulnerable al ciclo económico. Además, se tienen pocas posibilidades de afiliar a la población independiente. En el caso del régimen subsidiado, en el marco de la proporción de la población en situación de pobreza y considerando los ajustes fiscales que realiza el estado parece difícil financiar la cobertura. En este escenario, de acuerdo con Restrepo Zea et al. (2018), las carencias inhabilitan a los colombianos para generar sus propios medios de subsistencia y aportar a la vida diaria de su comunidad. Los problemas de salud dejan de ser personales y se convierten en un problema colectivo, lo que impacta la economía de Colombia y puede causar estragos en el funcionamiento de las instituciones y de la sociedad en su conjunto.

Los retos que hoy enfrentan los sistemas de salud en América y particularmente en Colombia pareciera que obedecen a diferencias y carencias históricas y a la dificultad de adecuarse a los cambios generados por la demanda a raíz de las dinámicas demográficas, epidemiológicas y tecnológicas. Por tanto, se requieren nuevas prestaciones y tratamientos, lo que incrementa los costos y gastos en dichos servicios y por consecuencia limita la cobertura efectiva y uso de servicios de por la escasez de recursos humanos y financieros, problemas de gestión de salud adecuados, acceso real a servicios oportunos y de calidad.

En concordancia con el interés por explorar otras posibilidades o enfoques con respecto al problema de atención de la salud en Colombia y sus posibles implicaciones en las lógicas de las políticas nacionales, y enmarcadas incluso en perspectivas internacionales, es urgente la búsqueda de otras sensibilidades y racionalidades que permitan no ver tan distantes las políticas públicas en relación con la atención a las personas o las familias que no encuentran los medios para resolver de manera adecuada sus problemas de salud. En esta dirección Yépez (2007) argumenta que la razón se centra, entonces en la perspectiva de la valoración del ciudadano como personas, como sujetos titulares de

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

derechos y en la capacidad de sentido que otorgan sus voces en relación con la forma como abordar los problemas de salud, para permitir que vivan como ciudadanos del mundo y desarrollando los procesos normales de comunicación y convivencia.

El hecho de presentar la salud como problema social en el campo del conocimiento e indagación, permite según la Organización. Mundial de la Salud (2011), sugerir elementos de análisis, forma y contenido a partir de un acercamiento del estado con la sociedad en términos de dar respuestas a sus necesidades más sentidas. Es decir desde el punto de vista teórico, los hallazgos nutren a la teoría que explica los modelos de políticas públicas asociadas a resolver las aspiraciones de la sociedad., brindando asimismo desde la práctica que los resultados permitan una solución para la problemática estudiada.

DISCUSIÓN

En aras de desarrollar políticas públicas de salud, el congreso colombiano ha promulgado formulación de políticas, la construcción de herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitieran cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud. En este sentido en los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos ha fijado no solo las obligaciones negativas sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado. Esto significa que ha definido no solo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Los

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen en torno al diseño de las estrategias de salud.

De esta manera, los derechos humanos actúan como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los Estados. La idea esencial tras la adopción de un enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos. Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Esta propuesta se justifica porque los nuevos mandatos desde organismos internacionales de derechos humanos obligan al estado a la protección de los derechos fundamentales de sus nacionales. En consecuencia, el Estado no solo puede ser objeto de demandas concretas y específicas, sino también hacen punibles sus deficiencias, dado que se empieza a reconocer que los problemas relacionados con las políticas públicas conllevan perjuicios para las personas y la población. Este reconocimiento establece nuevas relaciones de poder de manera que todas las personas deben contar con garantías que las posicionan de manera distinta respecto a quienes controlan el Estado.

Una de las obligaciones que adquieren los estados en materia de derechos sociales es la de garantizar contenidos básicos de los mismos. El Estado se compromete a cumplir con el nivel esencial de cada uno de los derechos reconocidos y no restringirlos, cualquiera sea la situación por la cual se esté atravesando. No puede excusarse en la falta de recursos y solo aparece como un piso a partir del cual se va desarrollando el más alto nivel de satisfacción de los mismos.

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

Múltiples estudios denuncian violaciones de los derechos humanos referidos al trato que le confiere el sistema de salud a la población. Trato que debería ser digno y respetuoso se convierte en un trato autoritario, asimétrico y paternalista. Garantizar la admisión voluntaria, la privacidad, el derecho a recibir atención en la comunidad, a autorizar cualquier tratamiento sobre la base de información previa y a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine los resarcimientos a los eventuales daños producidos por los sistemas de salud podría producir cambios en estas relaciones promoviendo un trato menos asimétrico y más democrático. En consecuencia se proponen un conjunto de acciones:

- Impulso y creación de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de atención primaria de salud.
- Velar porque los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
- Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

- Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.
- Asumir que el ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados. Es decir, junto con el ejercicio del derecho a la salud se deberá tener el derecho a la libertad de elección, el derecho a la identidad cultural, el derecho a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas, entre otros.
- Establecer prioridades entre los derechos tomando en cuenta que no todos pueden asegurarse. Esta gradualidad debe darse bajo ciertas condiciones:
 - Con los recursos existentes, se debe dar inmediato cumplimiento a las obligaciones a respetar. En las obligaciones de proteger y cumplir que implican recursos se debe garantizar su uso más eficiente.
 - Si los derechos se van a cumplir de manera gradual, debe establecerse un plan de acción y, por lo tanto, fijar plazos y metas para medir sus avances en el corto y mediano plazo.
 - Definir un contenido esencial no excluye la prohibición de regresividad. Si un país ha garantizado determinados contenidos solo le está permitido avanzar hacia sus mejoras. Es decir, La prohibición de regresividad (o prohibición de retroceso) en su interpretación normativa significa que cuando se modifica o sustituye una norma anterior por una posterior, ésta no puede limitar o restringir derechos o beneficios concedidos.
- Usar el máximo de recursos disponibles. En el campo de la salud, ésta es una limitación permanente que argumentan quienes formulan las políticas.

CONCLUSIONES

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

Con esta investigación se asume un enfoque más amplio de los derechos humanos, dirigido a enfrentar los determinantes sociales de la salud, siguiendo el propósito de dilucidar la relación de las políticas públicas con el ejercicio de los derechos humanos. Se plantean los derechos humanos como herramienta para la construcción de las políticas públicas relacionadas con la salud, generando un campo innovador para el logro de políticas sociales y políticas públicas en salud.

La política pública es una propuesta en la cual se articulan las propuestas, acciones y voluntades del Estado con las realidades y necesidades sociales específicas de una comunidad; es un sistema en el cual interactúan recíprocamente diversos procesos de análisis, gestión y participación bajo la lógica de diferentes juicios y enfoques que generen impactos económicos, políticos, sociales y culturales, y afecten a su vez el desarrollo de la sociedad.

Consecuentemente, estas Políticas requieren de procesos que incluyan la participación de las personas en un proceso de formulación que responda a la realidad social; y de igual forma, se nutren de herramientas suministradas por la estrategia de atender la salud de los colombianos, para conciliar objetivos que incluyan equidad, eficiencia y libertad en pro del desarrollo integral y la garantía de niveles adecuados de bienestar y calidad de vida.

Esta aspiración permite comprender la fundamentación de las políticas públicas saludables como un elemento que permita comprender que salud abarca mucho más que la ausencia de enfermedad, sino que vaya al entorno del espacio-tiempo en que el que se desarrolla el ser vivo, y al ambiente que contiene los recursos naturales y contempla las relaciones socio-políticas y económicas que se gestan en su interior.

Desde este marco, las investigadoras consideran que una política pública de salud desde el enfoque de derechos humanos debe garantizar contenidos mínimos de acciones a favor de del ciudadano, que se irían desarrollando progresivamente hasta alcanzar el

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

más alto nivel de satisfacción del mismo. Por lo tanto, el Estado debe garantizar el más alto estándar posible de salud física y mental.

FINANCIAMIENTO

No monetario

AGRADECIMIENTOS

A todos los actores sociales involucrados en el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Ander Egg, E. (2006). *Métodos y Técnicas de Investigación Social III*. Buenos Aires: Hvmánitas.

Álvarez, L. E. (2015). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(2), 129-135.

Asís Roig, R. (2008). *Las paradojas de los derechos fundamentales como límites al poder*. Iber libro. España.

Colombia ANC, Asamblea Nacional Constituyente. (1908). *Proyecto de ley por la cual se aprueba una Convención Sanitaria*. República de Colombia, Archivo del Congreso, Administración Concha.

Colombia. (1908). *Informe de la Comisión de Relaciones Exteriores de la Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa de 1908 que discute el proyecto de ley por la que se aprueba la Convención Sanitaria de Washington*. República de Colombia, Archivo del Congreso, Administración Concha.

Colombia CNPEP, Consejo Nacional de Política Económica y Planeación. (1960). *Colombia. Plan cuatrienal de inversiones públicas nacionales. 1961-1964*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Colombia Congreso de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: El Congreso.

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

- Colombia Congreso. (1993). *Ley 100 de 1993. 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: El Congreso.
- Colombia Congreso de la República. (2001). *Ley 715 de enero de 2001*. Bogotá: El Congreso.
- Colombia Defensoría del Pueblo. (2003). *El derecho a la salud: en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Bogotá: Defensoría.
- Colombia Defensoría del Pueblo. (2004). *La Tutela y el derecho a la salud. Causas de tutelas en salud*. Bogotá: Defensoría.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. (2004). *Derechos económicos, sociales y culturales. Derecho a la salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Colombia Congreso de la República. (2007). *Ley 1122 de enero de 2007*. Bogotá: El Congreso.
- Colombia Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 del 19 de Enero de 2011*. Bogotá: El Congreso.
- Colombia Congreso de la República. (2015). *Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015*. Bogotá: El Congreso.
- Corsi, C. (2002). *La reforma de la reforma en salud. Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. parte II*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- Defensoría del Pueblo. (2016). *La tutela y el derecho a la salud*. Bogotá.
- Echeverri, E. (2016) *Derecho a la salud, Estado y Globalización. Revista Facultad Nacional de Salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Finol, T., y Nava, H. (2006). *Investigación bibliográfica y documental. LUZ*. Maracaibo.
- Hobbes, T. (1980). *Leviatán: O la materia, forma y poder de una república, eclesiástica y civil*; trad. de Manuel Sánchez Sarto. (2da ed). FCE, México.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: Fundación Sygal.

Diana Angélica Barrera; Linda Anita Barrera

Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015). *Políticas de desarrollo social y sanitario*. Washington.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Brasil.

Restrepo Zea, J. H., Silva Maya. C., Andrade Rivas, F., VH Dover, R. (2018). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerencia Política de Salud*, 13(27), 242-265. Medellín.

Revuelta, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Díkaion*, noviembre, 21(16). Universidad de La Sabana. Chía, Colombia. 135-156. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Universidad Autónoma del Estado de México.

Roth, A. N. (2014). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. (10ma Ed.). Bogotá: Ediciones Aurora.

Yépez, A. (2017). *Fundamentos Jurídicos y Pactos Internacionales frente a los derechos sociales. Pensamiento en Salud pública: el Derecho a la Salud*. Medellín: Universidad de Antioquia.