



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
Derechos humanos, para vivir en paz

SERIE DESC

**Sistema de Seguimiento y Evaluación
de la Política Pública de Salud
a la Luz del Derecho a la Salud**

© Defensoría del Pueblo

Defensoría Delegada para la Dirección del Seguimiento, Evaluación y Monitoreo de las Políticas
Públicas para la Realización de los Derechos Humanos

Programa de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública en Derechos Humanos

- PROSEDHER

2006

Volmar Pérez Ortiz

Defensor del Pueblo

Darío Mejía Villegas

Secretario General (A cargo del Programa de Salud y Seguridad Social)

Roque Luis Conrado Imitola

Defensor Delegado para la Dirección del Seguimiento, Evaluación y Monitoreo de las Políticas Públicas para la Realización de los Derechos Humanos

Esteban Restrepo Saldarriaga

Luis Eduardo Pérez Murcia

Bárbara María Vargas Escobar

Coordinadores del Programa de Seguimiento de Políticas Públicas en Derechos Humanos (PROSEDHER)

Autores

Teresa Irene Ahogado Lara

María Paula Gómez Méndez

María Elena Mora González

Mauricio Torres Tovar

Investigadores del Programa de Seguimiento de Políticas Públicas en Derechos Humanos

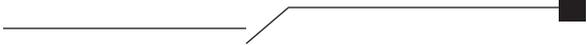
(PROSEDHER)

ISBN: 958-97074-9-1

Diseño, diagramación e impresión

Cargraphics S.A.

AGRADECIMIENTOS

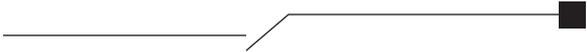


A Juan Fernando Jaramillo Pérez, Oscar Parra Vera, Diana González y Juan Darío García Londoño, quienes hicieron parte del Equipo de PROSEDHER y contribuyeron con sus aportes a la elaboración de este texto. A Juan Carlos Torres y Carlos Alberto Sabogal Martínez, por el diseño técnico y montaje del Instrumento de Medición en la página web de la Defensoría del Pueblo.

A los doctores Isabel Cristina Ruiz y Roberto Sempertegui de la OPS, María Nelcy Rodríguez de la Universidad Nacional de Colombia, Amparo Hernández de la Pontificia Universidad Javeriana, Víctor Hugo Álvarez y Pablo Pérez del Ministerio de la Protección Social, Marcela Corredor de la Contraloría General de la República, María Judith Puerta de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y al equipo investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, por sus aportes para el ajuste de la propuesta presentada en este libro.

La investigación que hizo posible este libro fue financiada por la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ) y por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de Management Sciences for Development (MSD).

CONTENIDO

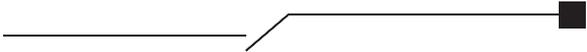


PRESENTACIÓN.....	9
PRIMERA PARTE.....	11
CAPÍTULO I.....	13
EL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO EN MATERIA SANITARIA: MARCO PARA LA EVALUACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.....	13
1. CARACTERÍSTICAS DEL DERECHO A LA SALUD.....	15
2. CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVAN PARA EL ESTADO.....	17
2.1. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos.....	17
2.1.1. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de carácter general.....	18
2.1.2. El derecho a la salud en los instrumentos regionales de carácter general.....	19
2.1.3. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales relativos a grupos poblaionales	20
2.1.3.1. El derecho a la salud de los trabajadores.....	20
2.1.3.2. El derecho a la salud de los niños y las niñas.....	20
2.1.3.3. El derecho a la salud de las mujeres.....	21
2.1.3.4. El derecho a la salud de las personas en situación de desplazamiento forzado.....	21
2.1.3.5. El derecho a la salud de las minorías étnicas y raciales.....	22
2.1.3.6. El derecho a la salud de las personas con discapacidad.....	22

2.1.3.7. El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad.....	23
2.1.3.8. El respeto del derecho a la salud de los miembros de la misión médica en el marco de los conflictos armados de carácter interno.....	23
2.1.3.9. El derecho a la salud de los adultos mayores.....	23
2.1.3.10. El derecho a la salud de las personas con VIH-SIDA.....	24
2.1.4. El derecho a la salud en otros instrumentos relevantes.....	24
2.2. El derecho a la salud en el derecho interno	25
2.2.1. Las normas constitucionales.....	26
2.2.2. La jurisprudencia constitucional.....	27
2.2.2.1. En cuanto a la disponibilidad.....	28
2.2.2.2. En cuanto al acceso.....	32
2.2.2.3. En cuanto a la aceptabilidad.....	36
2.2.2.4. En cuanto a la calidad.....	39
CUADRO No. 1 Reglas de decisión fijadas por la Corte Constitución.....	43
3. ELEMENTOS MÍNIMOS ESENCIALES Y OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD.....	47
3.1. Elementos mínimos esenciales de la política pública en materia de salud.....	48
3.1.1. Disponibilidad.....	48
3.1.2. Accesibilidad.....	49
3.1.3. Aceptabilidad.....	49
3.1.4. Calidad	49
3.2. Objetivos generales de la política pública en materia de salud.....	50
3.3. Objetivos específicos de la política pública en materia de salud.....	51
4. SÍNTESIS DE LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO PARA LA REALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD.....	52
4.1. Obligaciones de efecto inmediato y de cumplimiento progresivo.....	52
4.2. Obligaciones de respetar, de proteger y de cumplir.....	53
4.3. Obligaciones básicas.....	54
CUADRO No. 2 Obligaciones del Estado para la realización del derecho a la salud.....	56
SEGUNDA PARTE.....	61
EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A LA LUZ DEL DERECHO A LA SALUD.....	61
CAPÍTULO I.....	63

MARCO DE REFERENCIA PARA EL DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	63
1. JUSTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	65
2. DEFINICIÓN DEL INSTRUMENTO.....	67
3. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	67
3.1. Objetivo general.....	67
3.2. Objetivos específicos.....	67
4. CRITERIOS PARA EL DISEÑO DE LOS INDICADORES.....	68
5. TIPOLOGÍA DE LOS INDICADORES EMPLEADOS.....	69
6. MARCO NORMATIVO PARA EL DISEÑO DE LAS PREGUNTAS Y LOS INDICADORES.....	70
CUADRO No. 3. Normas, instrumentos, observaciones y recomendaciones de los que se derivan los indicadores y preguntas del instrumento.	70
7. METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	71
7.1. Análisis de las políticas públicas en salud.....	72
7.2. Descripción del contenido del derecho a la salud y de las obligaciones que su realización le define al Estado colombiano	72
7.3. Definición de los indicadores y del instrumento de medición.....	72
7.4. Validación de referentes e instrumento de medición	72
7.5. Sistematización del instrumento de medición (construcción de la base de datos)	73
7.6. Aplicación del instrumento de medición	73
7.7. Análisis y evaluación de la información	73
7.8. Elaboración del informe.....	73
7.9. Investigaciones.....	74
CAPÍTULO 2.	75
MATRIZ DE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A LA LUZ DEL DERECHO A LA SALUD.....	75
CAPÍTULO 3.	131
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A LA LUZ DEL DERECHO A LA SALUD.....	131
SIGLAS EMPLEADAS.....	179
GLOSARIO	183
BIBLIOGRAFÍA.....	187

PRESENTACIÓN



La Defensoría del Pueblo ha puesto en marcha el Programa de Seguimiento de Políticas Públicas en Derechos Humanos—PROSEDHER— para abrir un espacio de diálogo permanente con las entidades nacionales, departamentales, distritales y municipales responsables del diseño y ejecución de políticas públicas, con el fin de que éstas tengan como orientación y propósito fundamental asegurar la efectividad de los derechos económicos sociales y culturales.

En el marco de este programa se ha diseñado un sistema de seguimiento y evaluación que permite establecer la efectividad de las políticas públicas en la realización del derecho a la salud. Este sistema comprende tres fases:

En la primera fase, se establecen la naturaleza y el alcance normativo del derecho a la salud y las correlativas obligaciones del Estado para fijar los criterios de evaluación y seguimiento y los criterios mínimos del diseño y ejecución de las políticas públicas.

En la segunda fase, se presenta un instrumento de medición de la realización del derecho a la salud en el país y del cumplimiento de las obligaciones del Estado en esta materia, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal.

En la tercera fase, se elabora un informe con los principales alcances y limitaciones de las políticas públicas de salud y una serie de recomendaciones orientadas a su ajuste, si es el caso, para asegurar la realización material del derecho a la salud

El presente estudio contiene el resultado de las dos primeras fases. La primera parte se titula *El derecho a la salud y las obligaciones del Estado en materia sanitaria: marco para la evaluación y el seguimiento de las políticas públicas de salud*. La naturaleza, el contenido del derecho y las obligaciones del Estado son derivadas del marco normativo integrado por los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, las Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las Observaciones del Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, señor Paul Hunt, la Constitución Política de 1991 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana.

La política pública de salud desde la perspectiva de los derechos humanos supone la realización simultánea de cuatro elementos esenciales del derecho a la salud y sus respectivas obligaciones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instituciones, bienes, servicios, programas y factores determinantes básicos de salud.

Se espera que este estudio se convierta en una guía para quienes diseñan y ejecutan las políticas públicas de salud. Con este propósito, PROSEDHER ha formulado indicadores para medir el grado de realización del derecho a la salud a partir de las correspondientes obligaciones del Estado. Dichos indicadores deben ser diligenciados teniendo en cuenta los registros administrativos y las estadísticas básicas consolidadas por el Ministerio de Protección Social, en el ámbito nacional, y por las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud en el ámbito local¹.

La segunda parte se titula *Instrumento de medición para el seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud*. Tiene tres capítulos. El primero presenta el marco conceptual del instrumento de medición y los objetivos del mismo. El segundo, la matriz de indicadores de seguimiento y evaluación de la política pública sanitaria según los elementos esenciales del derecho y las obligaciones del Estado. El tercero, el instrumento de medición que deben diligenciar las entidades responsables a nivel nacional, departamental, municipal y distrital.

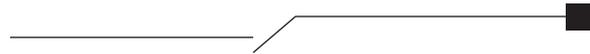
Esperamos, que el presente estudio contribuya al fortalecimiento de los “derechos humanos, para vivir en paz”

Volmar Pérez Ortiz

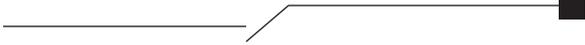
Defensor del Pueblo

¹ En la perspectiva de disponer de un marco de referencia y comparación de las estadísticas que se obtengan a nivel local, la información consolidada mediante la aplicación del instrumento de medición será complementada y validada, hasta donde sea posible, con la información procedente de encuestas como la Encuesta de Calidad de Vida, Encuesta Nacional de Demografía y Salud y la Encuesta Continua de Hogares, entre otras, aplicadas por entidades como el DANE, Profamilia y el Departamento Nacional de Planeación.

PRIMERA PARTE



CAPÍTULO I.



EL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO EN MATERIA SANITARIA: MARCO PARA LA EVALUACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

La primera parte de este documento expone la naturaleza y el alcance del derecho a la salud y presenta las diferentes obligaciones que para su realización se imponen al Estado. Tanto el contenido del derecho como las obligaciones del Estado son derivadas del marco normativo integrado por los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, la Constitución Política de 1991 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Los contenidos de estos instrumentos normativos constituyen el marco de referencia para hacer seguimiento y evaluar la efectividad y progresividad de la política pública de salud desde la perspectiva de los derechos humanos.

Esta parte da cuenta, en primer lugar, de las características del derecho a la salud; en segundo lugar, señala el contenido y alcance de las obligaciones que para la realización del derecho a la salud imponen al Estado colombiano los instrumentos internacionales de derechos humanos, las normas constitucionales y la jurisprudencia de la Corte Constitucional; en tercer lugar, expone los elementos mínimos esenciales y de los objetivos generales y específicos que, según el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y el Relator Especial para el derecho a la salud de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, respectivamente, debe contener la política pública en materia de salud. Por último, presenta una síntesis de las obligaciones del Estado en materia de salud que se derivan del marco normativo antes mencionado.

I. CARACTERÍSTICAS DEL DERECHO A LA SALUD

En los instrumentos internacionales de derechos humanos, la salud aparece concebida como un derecho humano fundamental, universal, interdependiente de los demás derechos humanos y que comporta tanto libertades como derechos. Adicionalmente, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud entraña algo más que la ausencia de enfermedades, por lo cual su contenido no se agota con la atención sanitaria y con el acceso a un paquete de servicios asistenciales.

Entendida como **derecho humano**, la salud involucra la responsabilidad del Estado en el aseguramiento de las condiciones normativas y materiales que garanticen su ejercicio y goce efectivo por todos los habitantes del territorio nacional. El Estado, no las empresas promotoras de salud

ni las instituciones prestadoras de salud, se ha obligado en virtud de los pactos internacionales a asegurar que todas las personas puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y, por tal motivo, le corresponde corregir y evitar todas aquellas situaciones que, de cualquier forma, puedan representar una amenaza para el ejercicio y disfrute del derecho a la salud.

Ello en modo alguno significa que los particulares no puedan ser responsables por violaciones o amenazas del derecho a la salud. Sin embargo, siendo el Estado el principal responsable de asegurar la plena realización del derecho a la salud, cualquier vulneración o amenaza de vulneración de este derecho siempre será atribuible al poder público, bien sea por acción o por omisión en el ejercicio de sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir.

Ahora bien, concebir la salud no sólo como un derecho humano, sino como un **derecho fundamental**, obliga a incorporar al análisis elementos de carácter valorativo y de principios. En virtud de estos elementos, la salud se muestra tan estrechamente vinculada a la existencia humana y a la realización de los anhelos universales de libertad, justicia y paz, que se entiende que su reconocimiento, protección y garantía son necesarios para que el ser humano pueda existir y desarrollar plenamente sus potencialidades y capacidades y para que los valores y principios que inspiran las declaraciones de derechos puedan ser alcanzados.

En este sentido, la fundamentabilidad del derecho contribuye a reforzar la idea de que el derecho a la salud es **interdependiente y está estrechamente relacionado con la vigencia de los demás derechos humanos**. Se parte así de una visión integral de los derechos humanos que rechaza la jerarquización entre derechos y, en cambio, propugna por conceder a todos ellos, sean civiles y políticos, o sociales, económicos y culturales, el mismo peso y relevancia dentro del ámbito nacional e internacional. Lo anterior, bajo el entendido de que la plena realización y satisfacción de los primeros no puede alcanzarse sin la garantía y efectividad de los segundos y viceversa.

De otro lado, **la universalidad** del derecho a la salud indica que su reconocimiento es una garantía para todos y cada uno de los miembros de la familia humana y que su ejercicio debe ser garantizado por los Estados sin discriminación alguna por motivos de raza, sexo, religión, orientación sexual, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional, estado de salud (incluido el VIH/SIDA y la salud mental), posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Estrechamente vinculado con el principio de igualdad de trato, la universalidad del derecho a la salud busca, entonces, asegurar que los Estados garanticen al conjunto de la población la satisfacción de niveles esenciales del derecho, independientemente de su capacidad de pago, su lugar de residencia, su estrato social o su mayor propensión a adquirir o desarrollar ciertas enfermedades; y que progresivamente adopten medidas para garantizar la superación de estos mínimos y lograr así que todas las personas puedan disfrutar del más alto nivel de salud física y mental.

Finalmente, afirmar que el derecho a la salud **comporta tanto libertades como derechos** obliga a reconocer que, para su efectiva realización, el Estado está obligado al cumplimiento de obligaciones tanto positivas como negativas. Si bien en muchos casos la plena realización del derecho a la salud exige del poder público la apropiación y adjudicación de recursos y el diseño de políticas públicas, en muchos otros basta con que las autoridades públicas simplemente se abstengan de afectar dimensiones específicas del derecho a la salud.

2. CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVAN PARA EL ESTADO

Para determinar qué obligaciones se derivan para el Estado colombiano en relación con el derecho a la salud, es necesario acudir al artículo 93 de la Constitución Política. Lo anterior supone que además del texto constitucional, y de la jurisprudencia de la Corte Constitucional -órgano encargado de interpretarlo y de asegurar su integridad y supremacía-, existen otras fuentes normativas vinculantes que delimitan el contenido de tales obligaciones, a saber: los tratados y convenios de derechos humanos ratificados por Colombia y los pronunciamientos de las instancias internacionales encargadas de interpretarlos.

Una adecuada fundamentación del marco normativo del derecho a la salud y del conjunto de obligaciones correlativas que de éste se derivan, no puede, entonces, hacerse al margen de las normas que integran el llamado bloque de constitucionalidad². Por expreso mandato de la Constitución, estas normas tienen rango constitucional y, en consecuencia, vinculan tanto a las autoridades públicas como a los particulares. Además, no puede perderse de vista que, en tanto están contenidas en tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, estas normas son de obligatorio cumplimiento conforme a lo dispuesto en los artículos 26 y 27 de la Convención de Viena que consagran, respectivamente, el principio *pacta sunt servanda*³ y la prohibición de invocar normas de derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado.

Sustentado en torno al concepto de bloque de constitucionalidad, el presente aparte precisa el contenido normativo del derecho a la salud, junto con las obligaciones correlativas que de éste se derivan. Desde una perspectiva integral comprende, de un lado, los instrumentos internacionales de derechos humanos, y de otro, las normas constitucionales que consagran el derecho a la salud y su respectivo desarrollo jurisprudencial por parte de la Corte Constitucional colombiana.

2.1. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos

El reconocimiento y garantía del derecho a la salud es condición necesaria para lograr un nivel de vida digno para todas las personas. Así lo entienden los diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, los cuales plantean que la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales —entre ellos la salud— es la vía adecuada para lograr el bienestar y la libertad de los sujetos y las comunidades⁴.

La plena realización del ser humano y el cabal ejercicio de los demás derechos humanos exige el disfrute del más alto nivel de salud física y mental que sea posible (PIDESC, artículo 12). Esto supone algo más que liberar al individuo de afecciones o molestias. Se exige, además, proveer las condiciones que le permitan desarrollarse sanamente y gozar de un nivel de vida adecuado.

2 De acuerdo con la Corte Constitucional, “el bloque de constitucionalidad está compuesto por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución por diversas vías y por mandato de la propia Constitución”. Sentencia C-225/95.

3 En virtud de este principio, las partes que intervienen en la aprobación de un tratado se obligan a cumplirlo de buena fe.

4 Ver los preámbulos del Pacto internacional de derechos civiles y políticos y del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, y el artículo 5 de la Declaración de Viena.

La concepción restrictiva del derecho, que identifica salud con la ausencia de enfermedades, ha sido así superada por otra más amplia que incorpora el conjunto de factores básicos determinantes de la salud, como la alimentación, la nutrición, la vivienda y el acceso a agua potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de trabajo seguras y sanas y a un medio ambiente sano⁵.

Este nuevo entendimiento del derecho a la salud obliga a abordar su análisis desde una perspectiva integral que comprenda no sólo su dimensión individual y asistencial, sino también su dimensión colectiva, preventiva, participativa y promocional. La salud no puede quedar por más tiempo reducida a la atención y al cuidado de la persona individualmente considerada, pues es claro que la ausencia del conjunto de factores básicos determinantes de la salud incide negativamente en el bienestar no sólo del individuo, sino de comunidades enteras.

Por ello, el conjunto de obligaciones y derechos que se derivan para el Estado y para los individuos en materia de salud no puede delimitarse al margen de los textos normativos que regulan los derechos al agua, al medio ambiente sano, a la vivienda, a la alimentación y a la seguridad en el trabajo. El presente documento se concentra básicamente en el marco de obligaciones que se derivan del derecho a la salud propiamente dicho, dentro de una concepción integral de la misma⁶.

2.1.1. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de carácter general

En diciembre de 1948, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En ella se subraya la relevancia de los derechos económicos sociales y culturales (DESC) para la obtención de la libertad y dignidad humanas, así como la obligación de los Estados de cooperación mutua y de organización e inversión de los recursos disponibles en estas áreas fundamentales. En el artículo 25 de dicha Declaración, se reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, entre otras cosas, la salud, el bienestar y los servicios sociales necesarios. Se reconoce igualmente el derecho que tienen la maternidad y la infancia a recibir cuidados y asistencia especiales.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1966 y ratificado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968, consagra en su artículo 11 “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”. La palabra “incluso” indica, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷, que la enumeración no pretende ser exhaustiva. Por ello, debe entenderse que el poder contar con servicios de saneamiento básico y con agua potable también es condición necesaria para la realización de este derecho, en la medida en que sin ellos no es posible gozar de un completo estado de bienestar y de niveles de vida dignos y adecuados.

El Pacto también consagra en su artículo 12 “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Esto significa que el derecho a la salud no se entiende solamente como el derecho a bienes y servicios, también implica contar con las condiciones sociales

5 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Párrafo 4.

6 Los demás factores determinantes de la salud serán objeto de análisis posteriores y separados.

7 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 15*, párrafo 3.

y económicas básicas que hagan posible traducir “*el disfrute del más alto nivel*” en términos de bienestar físico y mental. Los Estados, para lograr este cometido, deben adoptar medidas puntuales, tendientes, entre otras cosas, a la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de las condiciones higiénicas y medioambientales en el ámbito laboral, la lucha contra enfermedades endémicas, epidémicas y profesionales y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Por su parte, el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado en diciembre de 1966 y ratificado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968, consagra el derecho que tienen todas las personas a no sufrir afectaciones de su salud por cuenta de experimentos médicos o científicos no consentidos libremente.

2.1.2. El derecho a la salud en los instrumentos regionales de carácter general

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional en 1948, consagra en su artículo XI el derecho de toda persona a la preservación de la salud y al bienestar. Para lograr esta meta, el Estado debe promover y aplicar medidas sanitarias y sociales que garanticen, en la medida de sus posibilidades económicas, otros factores determinantes de la salud como la alimentación y la vivienda.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José, 1966), ratificada por Colombia mediante la Ley 16 de 1972, sólo establece de manera genérica la obligación de los Estados de adoptar mecanismos que permitan alcanzar, progresivamente, la plena efectividad de los DESC.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC (Protocolo de San Salvador, 1988), ratificado por Colombia mediante la Ley 319 de 1996, establece específicamente los derechos a la salud (artículo 10) y a un medio ambiente sano (artículo 11), que sólo habían sido señalados genéricamente en el Pacto de San José de 1966. Ello en la lógica de que éstos, junto con los demás derechos sociales, los derechos económicos y culturales, y los derechos civiles y políticos conforman una unidad indisoluble que encuentra su fundamento en la dignidad humana y que, por tanto, exigen “una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su plena vigencia, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de los otros”.

En este Protocolo, la salud aparece nuevamente concebida como un derecho humano que comporta “*el disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental*”. Sin embargo, el instrumento añade una nueva perspectiva de análisis que denota el alcance colectivo del derecho en tanto, simultáneamente, lo define como un bien público⁸ y fija un marco específico de obligaciones a cargo del Estado. Estas obligaciones se orientan a garantizar la atención primaria en salud puesta al alcance de la comunidad, la extensión de beneficios en salud a todas las personas cobijadas por la jurisdicción del Estado, la inmunización universal contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y profesionales, la puesta en marcha de

⁸ Aun cuando este instrumento no aporta criterios claros para determinar qué implicaciones trae el concebir la salud como bien público, la Defensoría del Pueblo considera, con fundamento en una interpretación armónica de los instrumentos internacionales, que este concepto permite concebir la salud como un bien colectivo, que no admite ser tratado como un bien de mercado y apropiado para su usufructo por los particulares y que, reclama, en consecuencia, una estricta vigilancia, protección y promoción por parte del Estado.

programas de educación dirigidos a la población sobre la manera de prevenir y enfrentar problemas de salud y la protección reforzada de los derechos de las personas más vulnerables a las enfermedades por su situación de pobreza.

El Protocolo reconoce la estrecha relación existente entre el medio ambiente sano y la salud pública. Establece explícitamente el derecho de toda persona a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos dentro de los cuales se incluyen, entre otros, el de acueducto para la distribución de agua potable, el de alcantarillado, por medio del cual se recoge y se da tratamiento a los residuos líquidos y el servicio de aseo encargado de la recolección y tratamiento de los residuos sólidos.

2.1.3. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales relativos a grupos poblacionales

Aun cuando los instrumentos internacionales de derechos humanos, hasta ahora enunciados, tienen carácter universal y, por ende, se aplican a todas las personas sin discriminación alguna, existen otros instrumentos internacionales que pretenden reforzar el ámbito de protección de ciertos sectores o grupos poblacionales que, por sus especiales características físicas, culturales, sociales y/o históricas, se estiman merecedores de especial cuidado.

2.1.3.1. El derecho a la salud de los trabajadores

El Convenio 161 de la OIT, ratificado por Colombia mediante la Ley 378 de 1997, impone al Estado el deber de establecer progresivamente, y en concordancia con los riesgos específicos existentes en cada lugar o sitio de trabajo, servicios de salud para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Con tal fin, el Estado debe adoptar medidas que le permitan identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar la salud en el lugar de trabajo, vigilar los factores del medio ambiente y de las prácticas laborales que resulten lesivos para el bienestar de los trabajadores, ofrecer asesoría para la planificación y organización del trabajo, en materia de salud e higiene en el trabajo y ergonomía, así como en materia de equipos de protección individual y colectiva, entre otras disposiciones.

El Convenio 102, sobre normas de seguridad mínima social y el Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores también apuntan a la promoción de la salud en el trabajo. Estos instrumentos no han sido ratificados aún por el Estado colombiano y, por tal motivo, no tienen carácter vinculante para sus autoridades. Sin embargo, para avanzar en la garantía del derecho a la seguridad social y a la salud de los trabajadores, se considera recomendable que el Estado colombiano los suscriba, tal como lo han hecho Venezuela, México, Perú, Bolivia, El Salvador y Uruguay, entre otros.

2.1.3.2. El derecho a la salud de los niños y las niñas

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, reconoce en su artículo 24 el derecho de todo niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a gozar de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Para asegurar la plena aplicación de este derecho, los Estados deben adoptar medidas que

permitan reducir la mortalidad y la malnutrición infantil, garantizar la prestación de los servicios de asistencia sanitaria, adelantar programas de atención sanitaria preventiva y educativa en materia de planificación de la familia e instruir a todos los sectores de la sociedad en los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, la higiene y el saneamiento ambiental, entre otras. Todo ello bajo el entendido de que el poder contar con alimentos adecuados, agua potable y un medio ambiente sano resulta fundamental para asegurar la realización de su derecho a la salud.

Adicionalmente, en virtud de lo dispuesto en el artículo 23 de la Convención, los niños mental y físicamente impedidos tienen derecho a recibir cuidados especiales que aseguren su acceso efectivo a los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento. Con tal fin, se exige que los Estados promuevan, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños discapacitados.

2.1.3.3. El derecho a la salud de las mujeres

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada por Colombia mediante la Ley 51 de 1981, señala que, con el fin de asegurar la participación de las mujeres que habitan en zonas rurales en el desarrollo rural y en sus beneficios, es necesario asegurarles condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios y el abastecimiento de agua (artículo 14). Igualmente, señala que el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, *“incluso la salvaguardia de la reproducción”*, son condiciones necesarias para eliminar la discriminación de la mujer en la esfera del empleo (artículo 11.1.f).

En lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, la Convención impone al Estado la obligación de adoptar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica. La Convención busca asegurar, en igualdad de condiciones con el hombre, su acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Pretende, así mismo, garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionar servicios gratuitos cuando fuere necesario y asegurar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (Art. 12). En concordancia con lo anterior, la Declaración de Beijing, adoptada en el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y de la que Colombia es signataria, insiste en la necesidad de asegurar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la atención en salud y de promover la salud sexual y reproductiva de éstas últimas.

2.1.3.4. El derecho a la salud de las personas en situación de desplazamiento forzado

El artículo 17 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra, ratificado por Colombia mediante la Ley 171 de 1994, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, señala que cuando tenga que ordenarse el desplazamiento de la población civil, por razones de seguridad o necesidades militares imperiosas, el Estado debe adoptar todas las medidas posibles para que los civiles sean acogidos en condiciones satisfactorias de alojamiento, salubridad, higiene y alimentación.

Los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos⁹ reconocen, por su parte, el derecho de los desplazados internos a tener un nivel de vida adecuado. Ello supone, a la luz de lo dispuesto en el principio 18, que, sin importar cuáles sean las circunstancias que rodean el desplazamiento, las autoridades competentes deben asegurar a las personas desplazadas, como mínimo, alimentos esenciales, agua potable, alojamiento y vivienda básicos y servicios médicos y de saneamiento esenciales.

2.1.3.5. El derecho a la salud de las minorías étnicas y raciales

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, ratificada por Colombia mediante la Ley 22 de 1981, señala en su artículo 5 que para eliminar todas las formas de discriminación racial y garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley es necesario asegurar el ejercicio real y efectivo de los derechos civiles y políticos así como de los derechos sociales, económicos y culturales, particularmente, del derecho a la salud pública, a la asistencia médica, a la seguridad social y a los servicios sociales.

Por su parte, el Convenio No. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificado por Colombia mediante la Ley 21 de 1991, establece, en su artículo 25, que para gozar del máximo nivel posible de salud física y mental, los gobiernos deberán velar por que se pongan a su disposición los servicios de salud adecuados o, en su defecto, proporcionar a tales pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control. Deberá atenderse especialmente a las condiciones económicas, culturales, geográficas y sociales de cada pueblo, así como a sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

2.1.3.6. El derecho a la salud de las personas con discapacidad

La Declaración de los Derechos de los Impedidos, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 3447 (XXX) del 9 de diciembre de 1975, dispone que estas personas tienen derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; a la formación y a la readaptación profesionales; a las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.

En concordancia con lo anterior, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, ratificada por Colombia mediante la Ley 762 de 2000, advierte que es deber de los Estados adoptar medidas que apunten directamente a prevenir todas las formas de discapacidad que sean evitables y a detectar, intervenir, tratar, rehabilitar y suministrar servicios globales que aseguren un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad.

A su turno, las Normas Uniformes sobre la Igualdad e Oportunidades para las Personas con Discapacidad, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución

⁹ En la sentencia SU-1150/00, la Corte Constitucional señaló que, pese a no haber sido aprobados por un tratado internacional, los principios rectores "reflejan y llenan las lagunas de lo establecido en tratados internacionales de derechos humanos y (en esa medida) deben ser tenidos como parámetros para la creación normativa y la interpretación en el campo de la regulación del desplazamiento forzado y la atención a las personas desplazadas por parte del Estado". Fundamento jurídico (F.J.) 38. En el mismo sentido véase la sentencia T-327/01.

48/96, señalan que es deber de los Estados velar por que las personas con discapacidad reciban regularmente el tratamiento y los medicamentos que necesiten para mantener o aumentar su capacidad funcional y por que todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes.

2.1.3.7. El derecho a la salud de las personas privadas de la libertad

Las personas privadas de la libertad, sea en condición de sindicadas o condenadas, tienen derecho a acceder a los servicios de salud de que disponga el país sin discriminación por su condición jurídica. En este sentido, deberán recibir la atención y el tratamiento médico que su estado de salud requiera, a recibir alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, con un nivel nutricional óptimo para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas, a proveerse de agua potable cuando la requieran y a que las instalaciones que se destinan a su alojamiento y a la satisfacción de sus necesidades naturales cumplan con exigencias sanitarias. Así lo disponen los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, el Conjunto de Principios para la Protección de todas las Personas sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión y las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos¹⁰.

2.1.3.8. El respeto del derecho a la salud de los miembros de la misión médica en el marco de los conflictos armados de carácter interno

El Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra, ratificado por Colombia mediante la Ley 171 de 1994, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, impone a quienes participan directamente en las hostilidades la obligación de respetar y proteger, en todo momento, al personal sanitario y las unidades y medios de transporte sanitarios. En virtud de lo anterior, los combatientes están obligados, de un lado, a proporcionar al personal médico toda la ayuda disponible para el desempeño de sus funciones y, de otro, a abstenerse de obligar a las personas que ejercen la actividad médica a realizar actos contrarios a las normas médicas destinadas a proteger a los heridos y a los enfermos (artículo 9).

2.1.3.9. El derecho a la salud de los adultos mayores

Con el fin de garantizar su independencia y el disfrute de cuidados adecuados, los adultos mayores deben tener acceso a alimentación, agua, vivienda, y atención de salud adecuados mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad. También tienen derecho a recibir los servicios de atención en salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de las enfermedades. Así lo establecen expresamente los Principios a Favor de las Personas de Edad, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas mediante Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991 (principios I y II).

En concordancia con lo anterior, los Estados que, junto con Colombia, participaron en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid (España) entre el 8 y el 12 de

¹⁰ Pese a no haber sido aprobados mediante tratado internacional, estos instrumentos hacen parte del bloque de constitucionalidad y han sido empleados por la Corte Constitucional para la solución de casos concretos. Ver, entre otras, las sentencias T-596/92, T-388/93, T-702/01, T-879/01.

abril de 2002, insistieron en la necesidad de proporcionar a las personas mayores acceso igual y universal a los servicios de salud, incluyendo los servicios de salud psicológica y mental. También acordaron que las crecientes necesidades de esta población requieren adoptar medidas, destinadas específicamente al cuidado y tratamiento de la enfermedad. Se planteó, así mismo, la importancia de promover estilos de vida y entornos saludables que permitan a las personas mayores actuar con independencia y participar activamente en todos los aspectos de la vida social.

2.1.3.10. El derecho a la salud de las personas con VIH-SIDA

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, adoptada en el Cairo (Egipto) por 179 países, entre los que figura Colombia, exhorta a los gobiernos a adoptar medidas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a reducir su incidencia y a proceder a su tratamiento, así como a prevenir las complicaciones de las enfermedades de transmisión sexual, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres. En este sentido, la Conferencia insiste en la necesidad de movilizar a todos los sectores de la sociedad para luchar contra la epidemia del SIDA, ofrecer información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual, y promover el suministro y distribución fiables de preservativos de buena calidad.

2.1.4. El derecho a la salud en otros instrumentos relevantes

Existen ciertos instrumentos que, si bien no tienen carácter contractual, esto es, no son vinculantes, resultan relevantes para alcanzar la plena realización del derecho a la salud. En cuanto reflejan la voluntad política de los Estados de alcanzar un objetivo determinado y de desarrollar estrategias y acciones concretas orientados a ello, estos instrumentos contribuyen efectivamente a extender el radio de protección del derecho a la salud y a que los Estados avancen en el cumplimiento de las obligaciones surgidas de los tratados de derechos humanos.

Algunos de los instrumentos no contractuales más relevantes sobre el derecho a la salud son la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.

El primero de ellos, adoptado en el marco de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (1978), señala que, para garantizar que sus poblaciones gocen del más alto nivel posible de salud física y mental, los gobiernos tienen la obligación de disponer de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Ello supone que los gobiernos deben promover la estrategia de atención primaria en salud. En los términos de la Declaración, esta estrategia es la clave para conseguir que todas las personas gocen de un nivel de salud que les permita llevar una vida productiva social y económicamente (artículo 5). Entendida como:

(...) la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación.¹¹

11 Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Septiembre 1978. Art. VI.

La atención primaria en salud permite atender las condiciones culturales, sociales y económicas de una comunidad determinada y concentrarse en los problemas sanitarios más prevalentes entre sus miembros.

La atención primaria en salud comprende, al menos, las siguientes actividades: (i) educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; (ii) suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; (iii) abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; (iv) asistencia materno-infantil, incluida la planificación familiar; (v) inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; (vi) prevención y lucha contra las principales enfermedades endémicas locales; (vii) suministro de medicamentos esenciales; (viii) gestión interinstitucional; (ix) participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria; (x) adecuado sistema de referencia y contrarreferencia y; (xi) talento humano idóneo, que tenga en cuenta los recursos comunitarios y sus saberes.

La Carta de Ottawa, por su parte, adoptada en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986), realza la importancia de trabajar en la promoción de la salud, esto es, en la consecución de los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mejor control sobre ella.

Respondiendo a una nueva concepción de la salud pública en el mundo, la Carta reconoce expresamente que el estado de salud de las personas y las comunidades se encuentra determinado por factores que trascienden el sector sanitario, a saber: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

En este sentido, señala que la promoción de la salud incorpora las siguientes actividades:

- Elaboración de una política pública sana que se oriente a la búsqueda de una acción conjunta para asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente grato y limpio;
- Creación de ambientes favorables;
- Reforzamiento de la acción comunitaria;
- Desarrollo de actitudes personales (educación e información) que incrementen las opciones personales de tener un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente;
- Reorientación de los servicios sanitarios para que trasciendan los servicios de atención clínica de la enfermedad, con énfasis en las necesidades de bienestar y calidad de vida de las comunidades.

2.2. El derecho a la salud en el derecho interno

Para delimitar el contenido normativo del derecho a la salud en Colombia no son suficientes los instrumentos de derecho internacional. Esta labor exige, adicionalmente, prestar especial atención a las normas constitucionales y a la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia.

El carácter normativo de la Constitución tiene efectos prácticos y concretos en la delimitación del alcance y contenido de los derechos y de las obligaciones estatales, toda vez que ello supone que ni el legislador ni las autoridades administrativas pueden contradecir, desconocer o restringir el sentido de las normas constitucionales. Tratándose específicamente del derecho a la salud, ni la ley ni los

reglamentos pueden facultar a las autoridades públicas a hacer menos de lo que la Constitución, en sus artículos 48 y 49, les ordena para garantizar su efectividad y plena realización. Ni la ley ni los reglamentos pueden, en forma alguna, favorecer o promover que la prestación de los servicios de salud en Colombia se haga contrariando los fines y principios contemplados en la Carta o imponiendo barreras u obstáculos que impliquen la negación de éste o cualquier otro derecho.

Para garantizar que ello se cumpla, la Constitución ha investido a la Corte Constitucional de un conjunto de facultades que le permiten, entre otras cosas, decidir cuándo una ley o reglamento desconoce los mandatos y postulados constitucionales y bajo qué circunstancias puede considerarse que su aplicación por parte de las autoridades públicas o de los particulares encargados de prestar un servicio público lesiona o amenaza los derechos fundamentales de las personas. En efecto, la Corte, al ejercer sus funciones, puede decidir que una determinada disposición legal o reglamentaria contradice el ordenamiento constitucional o que cierta actuación administrativa es violatoria de los derechos fundamentales de las personas. En cualquier caso, su decisión está revestida de autoridad y contribuye, mediante una labor fundamentalmente interpretativa y argumentativa, a fijar el sentido y alcance de los postulados constitucionales involucrados.

Por ello, un ejercicio como el que aquí se plantea, no puede hacerse al margen de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Fijar el conjunto de obligaciones que se derivan para el Estado en relación con el derecho a la salud exige no sólo conocer los textos constitucionales, sino también comprender el sentido y significado que a éstos les ha sido atribuido por el órgano constitucionalmente encargado de interpretarlos. Sólo de esta forma es posible determinar con cierta rigurosidad y objetividad qué le está vedado o prohibido a las autoridades públicas y qué es lo que ellas por ningún motivo pueden ignorar.

2.2.1. Las normas constitucionales

Varias normas constitucionales y múltiples fallos de la Corte Constitucional conforman el entramado de derechos y obligaciones del Estado para el ejercicio integral del derecho a la salud en Colombia.

De manera particular, los artículos 48 y 49 definen el conjunto de principios que deben orientar la prestación de los servicios de salud en Colombia y el marco de competencias y responsabilidades en el que debe encuadrarse la acción del Estado y de los particulares. Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 48, todos los habitantes del territorio nacional son titulares del derecho irrenunciable a la seguridad social. De allí que la propia norma establezca que su prestación es obligatoria y debe hacerse bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de participación, progresividad, eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Adicionalmente, el artículo 49 de la Carta concibe la salud como un servicio público a cargo del Estado, al tiempo que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Ello, como lo ha señalado la Corte Constitucional, en modo alguno significa que el Estado esté constitucionalmente obligado a suministrar directamente el servicio de salud, pues el mismo artículo 49 permite la existencia de entidades promotoras de salud, de carácter privado, que presten tal servicio por delegación que el Estado les hace¹².

¹² Sentencia SU-480/97. F.J. 4.

Es claro, entonces, que en las normas constitucionales la salud es entendida como parte de la seguridad social y como un servicio orientado fundamentalmente al aseguramiento de contingencias. Es importante resaltar que, en lo relativo al derecho a la salud, la Constitución de 1991 incorpora una visión más generosa que la de la Constitución de 1886. En efecto, la Constitución de 1991 garantiza a todos los niños menores de un año, que no estén cubiertos por algún tipo de protección o de seguridad social, el derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado (artículo 50) y a los trabajadores agrarios el acceso a los servicios de salud, vivienda y seguridad social, con el fin de mejorar su ingreso y calidad de vida (artículo 64).

Adicionalmente, la Constitución impone al Estado el cumplimiento de obligaciones para el aseguramiento de algunos de los factores que, según el artículo 12 del PIDESC*, determinan la salud. Por ejemplo, el artículo 44 señala que los niños son titulares de los derechos a la vida, la salud, la seguridad social y una alimentación equilibrada; el artículo 51 establece el derecho a una vivienda digna; los artículos 79 y 80 señalan el derecho a gozar de un medio ambiente sano e imponen al Estado la obligación de planificar el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación y restauración; el 365 establece que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado e impone a éste el deber de asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional; y el 366 impone al Estado la obligación de contribuir al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de propender por la satisfacción de las necesidades insatisfechas de salud, saneamiento ambiental y agua potable.

Además de las normas constitucionales, los valores y principios constitucionales constituyen herramientas poderosas para concretar el marco de obligaciones estatales en materia de derecho a la salud en la medida en que, los primeros, fijan los fines hacia los cuales debe orientarse la acción del Estado y la forma como deben desarrollarse las relaciones entre éste y la sociedad, y los segundos:

(...) consagran prescripciones jurídicas generales que suponen una delimitación política y axiológica reconocida y, en consecuencia, restringen el espacio de interpretación, lo cual hace de ellos normas de aplicación inmediata, tanto por el legislador como por el juez constitucional¹³.

Entre los principios, la cláusula del Estado social de derecho es la que mejor define los objetivos hacia los cuales debe orientarse la política pública en materia de salud. Su realización exige que las autoridades públicas aseguren a la totalidad de la población estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, servicios de agua potable y saneamiento básico y, en general, de todas aquellas condiciones materiales que le permitan llevar una vida digna.

2.2.2. La jurisprudencia constitucional

La Corte Constitucional ha dedicado gran parte de sus esfuerzos a precisar el contenido, alcance y límites de los mandatos constitucionales y a definir el peso de cada uno de ellos en casos concre-

* Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

¹³ Corte Constitucional, sentencia T-406/92. F.J. 7.

tos. Ello no sólo ha permitido fijar las pautas que permiten solucionar los conflictos que pueden suscitarse entre deberes y derechos constitucionales sino también entre éstos y los desarrollos legislativos y administrativos de una determinada materia.

En este sentido, es claro que la delimitación del marco normativo interno del derecho a la salud, entendido desde una perspectiva integral, no puede hacerse al margen de las subreglas o reglas de decisión (*ratio decidendi*)¹⁴ fijadas por la Corte Constitucional a través de sus sentencias de tutela y sus fallos de constitucionalidad. Las subreglas, en cuanto permiten establecer qué omisiones y acciones concretas de las autoridades públicas y de los particulares resultan ilegítimas y violatorias de derechos fundamentales, enriquecen el universo de las fuentes normativas del derecho a la salud en Colombia.

En sus más de diez años de existencia, la Corte ha proferido una gran cantidad de decisiones que dan cuenta de la enorme complejidad conceptual del derecho a la salud y de la multiplicidad de problemas constitucionales que éste involucra. Para demostrar esta gran complejidad y hacer una lectura o análisis de la misma desde una perspectiva de derechos humanos, se ha considerado conveniente sistematizar la información recopilada, articulándola en torno a los elementos o criterios enunciados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones generales No. 14 y 15: disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad.

Esta sistematización, sin embargo, presenta dos límites muy precisos: uno temporal, pues se contrae a las sentencias proferidas hasta abril de 2003; y otro material o de contenido, porque no pretende agotar el tema ni señalar todas y cada una de las obligaciones que se derivan de la jurisprudencia constitucional ni, menos aún, hacer un análisis detallado de las líneas jurisprudenciales trazadas por la Corte¹⁵. Tampoco pretende detenerse en el estudio de las reglas que hacen procedente la acción de tutela para la protección del derecho a la salud, a la salubridad pública y al agua potable. Tan sólo busca reseñar las obligaciones más generales que la realización del derecho a la salud impone a las autoridades públicas y a los particulares encargados de la prestación de un servicio público con miras a establecer indicadores del cumplimiento del derecho.

Para finalizar, el documento, concluye con un cuadro-resumen (cuadro No. 1) de las reglas de decisión más importantes fijadas por la Corte para establecer las acciones (omisivas o activas) que a través de la acción de tutela pueden exigirse por los individuos a las autoridades públicas y a los particulares encargados de la prestación de servicios de salud y de sus componentes esenciales.

2.2.2.1. En cuanto a la disponibilidad

La efectividad del derecho a la salud, entendido desde una perspectiva integral, demanda, entre otros elementos, el aseguramiento de la oferta pública y privada de servicios asistenciales de salud y de saneamiento básico y agua potable. La plena garantía de este derecho exige entonces que

14 La subregla o regla de decisión ha sido definida como “la formulación general, más allá de las particularidades irrelevantes del caso, del principio, regla o razón general que constituye la base de la decisión judicial específica”. Este concepto indica que, además de las normas constitucionales y de las normas consagradas en las leyes y reglamentos, son fuente de derecho y, por tanto, obligatorios los argumentos o razones que tienen un nexo causal y directo con la parte resolutive de la sentencia, y sin los cuales es imposible entender el sentido de la decisión tomada. Corte Constitucional, sentencias C-131/99, SU-047/99.

15 Para un análisis más detallado del desarrollo jurisprudencial del derecho a la salud en Colombia, véase Defensoría del Pueblo. *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Bogotá, 2003.

las personas puedan disponer de sistemas y programas de aseguramiento para las contingencias en salud, y de bienes y servicios suficientes para atenderlas y prevenirlas.

En la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la disponibilidad de la salud aparece íntimamente ligada a los mandatos de erradicación de las injusticias presentes, de optimización del gasto público social y de satisfacción de las necesidades básicas insatisfechas de la población. Dentro de este contexto, es claro que la oferta de los servicios de salud y de los factores determinantes debe hacerse por el Estado en cumplimiento de expresos y específicos mandatos constitucionales, que reclaman, de su parte, una especial atención para ciertos ámbitos o circunstancias de la vida social en los que existen precarias garantías institucionales para el disfrute por parte de los individuos de una vida en condiciones dignas.

En este sentido, la jurisprudencia ha señalado que el respeto y protección de la salud, en su dimensión de disponibilidad, comporta para el Estado el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

2.2.2.1.1. Abstenerse de adoptar medidas que impliquen retroceso en la realización del derecho a la salud

La salud es un derecho de amplia configuración legal pues la Constitución ha conferido al Congreso de la República una gran libertad para que defina su alcance y concrete los mecanismos institucionales y los procedimientos para su realización efectiva¹⁶.

Esta amplia facultad de configuración, sin embargo, no es absoluta pues al legislador no le está permitido desconocer los contenidos mínimos esenciales del derecho a la salud ni adoptar disposiciones o regulaciones que contravengan otros derechos y principios constitucionales. Adicionalmente, en virtud del mandato de progresividad contenido en el artículo 2.1. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tampoco podrá disminuir o restringir los niveles de protección del derecho a la salud ya alcanzados.

Cuando quiera que ello ocurra, esto es, que el legislador restrinja los niveles de protección del derecho a la salud ya alcanzados, la Corte Constitucional¹⁷ ha señalado que es procedente presumir que ha habido un incumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud del PIDESC y un desconocimiento de las normas constitucionales que regulan su actividad. Para desvirtuar esa presunción, las autoridades tienen que demostrar, de un lado, que existen razones imperiosas que hacen necesario ese paso regresivo en el desarrollo del derecho a la salud, y de otro, que para alcanzar el objetivo perseguido no existen medios alternativos menos regresivos.

2.2.2.1.2. Adoptar y desarrollar una política pública que contribuya a reducir los riesgos de los sectores más vulnerables y marginados de la población de contraer enfermedades graves

Para dar cumplimiento al mandato de erradicación de las injusticias presentes (Constitución Política, artículo 13) es obligación de los órganos políticos diseñar políticas públicas que orienten la acción estatal hacia la transformación de las condiciones materiales que generan desigualdad, marginamiento y exclusión social. Para el cumplimiento de esta obligación los poderes públicos gozan de una amplia facultad de configuración normativa ya que es a ellos a quienes compete determinar qué medidas habrán de adoptarse, a quién habrán de dirigirse y de qué forma habrán

¹⁶ Sentencia C-1489/00. F.J. 5. En el mismo sentido, véanse, entre otras, las sentencias SU-480/97 y SU-623/01.

¹⁷ Sentencia C-671/02. Sobre la prohibición de regresividad, véase además la sentencia C-1165/00.

de financiarse. Sin embargo, ello no significa que la promoción de la igualdad sustancial sea una obligación que el Estado pueda aplazar indefinida e injustificadamente.

Con el fin de avanzar hacia la erradicación de las injusticias que se expresan a través de la discriminación y la marginación, la Corte Constitucional ha considerado que el Estado tiene la obligación constitucional de establecer una estructura mínima de sanidad para evitar las contingencias dramáticas, conocidas y evitables, que amenazan el contenido mínimo no negociable del derecho a la salud de quienes, por su condición económica, física o mental, están llamados a recibir una especial protección de las autoridades públicas¹⁸.

Para el caso de los niños, por ejemplo, el cumplimiento de esta obligación y la protección del núcleo esencial de su derecho a la salud exige, a juicio de la Corte, que el Estado disponga de los recursos técnicos y financieros que posee para evitar (prevenir) las situaciones o circunstancias que aquéllos no están en capacidad de eludir o conjurar y que amenazan seriamente su vida, sus capacidades físicas o psíquicas o su proceso de aprendizaje o socialización¹⁹.

2.2.2.1.3. Asumir los costos de los medicamentos y procedimientos necesarios para el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de las enfermedades que estén excluidos de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado o que estén sometidos a periodos de carencia cuando exista afectación o amenaza de afectación de los derechos fundamentales del interesado

Dentro de la organización del sistema general de seguridad social en salud, los artículos 48 y 49 de la Constitución y la Ley 100 de 1993 permiten la existencia de las entidades promotoras de salud y las administradoras del régimen subsidiado de carácter privado, que prestan el servicio por delegación del Estado. Esta delegación es para la prestación de los servicios incluidos en los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, respectivamente, los cuales comprenden la atención a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

Para garantizar el equilibrio y el adecuado funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS) y las entidades administradoras del régimen subsidiado (ARS) sólo están obligadas, en principio, a prestar los servicios de salud que se encuentran expresamente incluidos dentro de los planes respectivos. Lo anterior, siempre que el interesado cumpla con los condicionamientos previamente determinados en los reglamentos, en lo que se refiere específicamente a los periodos mínimos de cotización para el tratamiento de las enfermedades ruinosas o de alto costo.

Por tal motivo, es claro que, para tener acceso a medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) o sometidos a periodos de carencia, el afiliado al régimen contributivo debe financiarlos directamente pues el Sistema de Seguridad Social en Salud presume su capacidad de pago. En contraste, si se trata de una persona afiliada al régimen subsidiado se presume su incapacidad económica, y por ello deberá acudir a las instituciones públicas y a aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para acceder a los servicios que se encuentren excluidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S).

¹⁸ Corte Constitucional, sentencia SU-225/98. F.J. 34 y 41.

¹⁹ *Ibidem*. F.J. 35

Con todo, puede ocurrir que el afiliado al régimen contributivo o al régimen subsidiado requiera de procedimientos o medicamentos excluidos del POS y del POS-S o sometidos a periodos de carencia con tal urgencia que, de no poder disponer de ellos en forma inmediata su vida o su integridad física se vean seriamente amenazados. También es posible que la misma persona requiera de procedimientos o medicamentos que, pese a no resultarle vitales, sí contribuyen al mejoramiento de su calidad de vida y que no pueda acceder a ellos, bien sea porque carece de los medios económicos para costearlos directamente o porque las instituciones públicas o privadas que tienen contrato con el Estado no los ofrecen.

En tales eventos, la protección de los derechos fundamentales de las personas se impone sobre las consideraciones puramente económicas y sobre las normas y reglamentos que regulan las relaciones entre las EPS y ARS y sus afiliados. Por ello, la Corte Constitucional ha insistido en que debe procederse por parte de tales entidades al suministro de los medicamentos y procedimientos que el afiliado reclama. Se conserva en todo caso el derecho a repetir contra el Estado, representado por el Ministerio de Protección Social, o la entidad que haga sus veces, y al Fondo de Solidaridad y Garantía, por los gastos adicionales en que incurra.

Así pues, el costo de los procedimientos y medicamentos excluidos del POS y del POS-S y sometidos a periodos de carencia no deben ser asumidos por las EPS y ARS, sino por el Estado.

2.2.2.1.4. Garantizar que quienes tienen derecho a recibir una especial protección del Estado dispongan de servicios de salud

Por virtud de lo dispuesto en el artículo 13 de la Constitución Política, tienen derecho a recibir especial protección del Estado, entre otros grupos poblacionales, los reclusos, las personas en situación de indigencia, los enfermos de SIDA y las personas en situación de desplazamiento.

Tratándose de la población reclusa, este derecho se traduce en disponer de una alimentación suficiente y adecuada²⁰, de los servicios quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios necesarios para la conservación y recuperación de la salud²¹, y de condiciones mínimas de higiene, salubridad, comodidad y seguridad²². En este sentido, la Constitución entiende que los derechos a la salud y a sus factores determinantes no pueden ser suspendidos o restringidos por causa de la detención sino que deben ser respetados y promovidos en todo momento por las autoridades públicas que tienen a su cargo el cuidado y la vigilancia de los presos.

Lo anterior supone que, además de abstenerse de realizar conductas que puedan resultar contrarias a la integridad física y mental de los reclusos (piénsese, por ejemplo, en las torturas y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes), el Estado debe adoptar medidas que les permitan gozar de una vida en condiciones dignas. Ello, bajo el entendido de que se trata de un grupo poblacional altamente discriminado y marginado, constituido en su mayoría por personas de escaso o ningún recurso económico, que se encuentran físicamente imposibilitadas para satisfacer por sí mismas sus necesidades vitales.

20 Corte Constitucional, sentencias T-714/96, T-208/99 y T-719/99.

21 Corte Constitucional, sentencias T-535/98, T-583/98, T-607/98 y T-256/00, entre otras.

22 Corte Constitucional, sentencias T-153/98 y T-265/99.

Tratándose de las personas en situación de indigencia y de los enfermos de SIDA excluidos del SGSSS²³ el derecho a recibir una especial protección del Estado se traduce en la obligación de manejar los recursos del presupuesto nacional en concordancia con los principios de prioridad del gasto social y de atención preferente de sus necesidades básicas insatisfechas. Pero además, este derecho se traduce en la obligación de las entidades públicas y privadas de salud que tengan convenios con el Estado para la atención de participantes vinculados, de ofrecer a estas personas servicios médicos asistenciales cuando quiera que se hallen en una situación de urgencia que amenace su derecho a la salud en conexidad con la vida, y de la cual no puedan escapar por sus propios medios o con la ayuda de su familia²⁴.

Finalmente, el derecho que tienen las personas en situación de desplazamiento de recibir una especial protección del Estado se constituye en la obligación del Estado de “emplear rápidamente las medidas efectivas para que sean una realidad los derechos constitucionales y los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre desplazamiento forzado”²⁵. Ello se traduce en la obligación de ofrecer a la población desplazada, incluso a la no carnetizada²⁶, los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición a riesgos inherentes al desplazamiento, con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, conforme a lo establecido en el Acuerdo 59 de 1997²⁷ del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

2.2.2.2. En cuanto al acceso

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, el acceso a los niveles de atención en salud se realiza mediante la afiliación obligatoria de la población al régimen contributivo o al régimen subsidiado. Excepcionalmente, puede accederse a los servicios asistenciales de salud en calidad de vinculado.

Al régimen contributivo pertenecen todas aquellas personas con capacidad de pago, entendiendo por tales los empleados, sea que se hallen vinculados al sector público o privado, los trabajadores independientes y los pensionados. Al régimen subsidiado, en contraste, pertenecen aquellas personas que no tienen capacidad de pago, las cuales, generalmente, se inscriben dentro de los grupos poblacionales más pobres y vulnerables del país²⁸. Junto con ellos, se encuentran los participantes vinculados del sistema, los cuales, aunque no se encuentran inscritos en ninguno de los dos regímenes descritos, pueden acceder a ciertos servicios atendiendo a la gravedad y urgencia de sus necesidades.

23 Tratándose de los enfermos de SIDA que están afiliados al SGSSS, el derecho a recibir la especial protección del Estado se traduce en la obligación de las EPS y ARS de ofrecerles los servicios y tratamientos de salud que requieran, aun cuando se encuentren excluidos del POS y del POS-S. Ver supra punto 2.2.2.1.3.

24 Corte Constitucional, sentencias T-505/92, T-533/92, T-046/97, T-177/99 y T-1126/01, entre otras.

25 Corte Constitucional, sentencia T-098/02. F.J. 1

26 Corte Constitucional, sentencia T-098/02. F.J. 5.2.

27 Este Acuerdo fue adicionado por el Acuerdo 187 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y por la Circular 042 de 2002 del Ministerio de Salud.

28 Para establecer qué sectores de la población tienen derecho al subsidio en salud y en qué proporción, el Departamento Nacional de Planeación ha establecido un Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales a través del cual se desarrolla el principio de focalización del gasto público social –SISBEN– (Artículo 3 del Acuerdo No. 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud). El SISBEN es, ante todo, un sistema de información que, a partir de la aplicación de encuestas y la recolección de datos sobre la situación socio-económica de la población, permite identificar a los potenciales beneficiarios de los programas sociales.

Para la financiación del régimen contributivo, el sistema se vale de los aportes que, en la proporción indicada por la ley, efectúan los trabajadores, tanto independientes como dependientes y los empleadores. El régimen subsidiado, por su parte, se financia con los aportes del Estado y con un punto de los aportes de los cotizantes.

La pertenencia al régimen contributivo confiere al afiliado, así como a su núcleo familiar, el derecho a acceder a la totalidad de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad que se encuentran consignados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). El contenido del POS y la relación de prestaciones que él incluye son delimitados por el Gobierno Nacional atendiendo fundamentalmente a criterios de eficiencia económica que permiten alcanzar un mayor cubrimiento de las contingencias en salud con el menor costo posible.

La pertenencia al régimen subsidiado, por su parte, confiere al afiliado el derecho a acceder a la totalidad de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad que se encuentran consignados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S). El contenido del POS-S también está orientado por criterios de eficiencia económica aunque no confiere a sus afiliados los mismos beneficios y servicios que el POS. Dado que cuenta con menos recursos para su sostenimiento y financiación, el POS-S tiene una menor cobertura de contingencias de salud y excluye un mayor número de procedimientos y tratamientos.

Finalmente, la no pertenencia a ninguno de los dos regímenes, esto es la calidad de participante vinculado, sólo confiere a quienes ostentan el derecho a los servicios que ofrece la red pública de hospitales que se mantienen en funcionamiento bajo el esquema de subsidio a la oferta²⁹.

Así las cosas, es posible afirmar que, bajo la vigencia de la Ley 100 de 1993, son las condiciones económicas y sociales de cada individuo las que cualifican su nivel de acceso a los servicios asistenciales de salud. Ello significa que, además de los factores enunciados, ninguna otra circunstancia o consideración debe impedir que las personas puedan acceder a los servicios, planes o beneficios de salud establecidos para el régimen contributivo y para el subsidiado. Cualquier barrera, formal o material, que tenga por objeto o resultado impedir u obstaculizar el acceso a tales planes y beneficios por quien se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud o por quien reúne los requisitos materiales para estarlo, se considera violatoria del derecho a la salud.

Con todo, no debe perderse de vista que, desde una perspectiva integral, esta dimensión del derecho a la salud no se agota con el acceso a los servicios de asistencia sanitaria. Ella comprende adicionalmente el acceso a los bienes y servicios determinantes de la salud, tales como saneamiento ambiental y agua potable. En este sentido, es también violatoria del derecho a la salud la conducta de quien impide u obstaculiza el acceso que las personas individualmente consideradas o como miembros de una determinada comunidad hacen de las fuentes de agua o de los servicios de saneamiento básico.

A partir de la jurisprudencia desarrollada por la Corte Constitucional, pueden identificarse algunas obligaciones concretas exigibles por los particulares al Estado en materia de acceso a los servicios de salud y a los factores determinantes de la misma, veamos:

29 Este esquema subsidia a los participantes vinculados el 90% del valor de los servicios médicos asistenciales requeridos.

2.2.2.2.1. Suministrar información suficiente

Para que el acceso a los servicios de salud asistencial tenga carácter universal y se realice en condiciones de igualdad es preciso que tanto las autoridades públicas como los particulares encargados de la prestación de servicios asistenciales de salud pongan a disposición de todas las personas, independientemente de que pertenezcan al régimen contributivo, al subsidiado o se hallen en condición de vinculados, toda la información referente al acceso a los beneficios y subsidios en salud, al funcionamiento del sistema de seguridad social en salud y a la cobertura y alcance de los planes que se ofrecen³⁰. También es necesario que todas las personas puedan conocer, rectificar y actualizar la información que reposa en los archivos de las entidades encargadas de adjudicar los beneficios y subsidios estatales en salud³¹.

Cualquier conducta activa u omisiva de las autoridades públicas que tenga por objeto o resultado obstaculizar o anular el acceso a la información relacionada con la salud asistencial amenaza la vigencia del principio de igualdad en la asignación de bienes escasos y puede dar lugar, según las circunstancias fácticas que rodeen el caso, a una vulneración de los derechos de información, de hábeas data, de petición o al debido proceso administrativo.

2.2.2.2.2. Tomar en consideración los factores de vulnerabilidad social para el diseño de las reglas que condicionan el acceso (y la permanencia) a los programas, beneficios o subsidios de salud

El diseño de las políticas públicas de distribución del gasto social es una facultad constitucionalmente atribuida al legislador democrático y, residualmente, a las autoridades administrativas (Constitución Política, artículos 356 y 357). En este sentido, es claro que sólo el legislador y, eventualmente, el ejecutivo están legitimados para diseñar y fijar las reglas que condicionan el acceso y la permanencia de los individuos en los programas, beneficios o subsidios de salud.

Sin embargo, cuando quiera que tales reglas establezcan exclusiones o distinciones discriminatorias, fundadas en cualquiera de los motivos internacional y constitucionalmente prohibidos, el juez constitucional está autorizado para intervenir “siempre que resulte posible constatar a simple vista que los criterios de adjudicación vulneran de manera flagrante las disposiciones constitucionales”³².

Por ello, cuando los eventuales beneficiarios cuestionen el diseño o las reglas generales de adjudicación de los subsidios o los beneficios en salud, el juez de tutela podrá inaplicarlas (excepción de inconstitucionalidad) siempre que las mismas resulten abiertamente contrarias a los principios y valores constitucionales. El mismo criterio es aplicable en el caso de que tales reglas se encuentren contenidas en instrumentos de carácter convencional o extralegal.

En este mismo orden de ideas, se considera que el juez constitucional también está autorizado para evaluar o examinar las políticas públicas de distribución del gasto social cuando quiera

30 El cumplimiento de esta obligación reviste especial importancia, de acuerdo con la Corte Constitucional, en los casos en los que los afiliados al régimen subsidiado de salud reclaman la prestación de servicios que se encuentran excluidos del POS-S. En estos eventos, las ARS deben suministrar a los interesados información completa relacionada con la manera de acudir a otras instituciones médicas para obtener la atención médica que se requiere. Deben además sugerirle al afiliado que acuda a las autoridades municipales o distritales de salud con el fin de que éstas le informen qué instituciones públicas o privadas que hayan suscrito contratos de prestación de servicios con el Estado se encuentran en capacidad de ofrecerle el servicio de salud que requiere. Ver sentencias T-261/99, T-549/99, T-452/01, T-729/01 y T-149/02, entre otras.

31 Corte Constitucional, sentencia T-1083/00.

32 Corte Constitucional, sentencia T-1083/00. F.J. 6

que éstas resulten manifiestamente irrazonables. Así, por ejemplo, nada obsta, en criterio de la Corte Constitucional:

(...) para que una persona cuestione las variables que son tenidas en cuenta por el SISBEN para realizar la clasificación socioeconómica de la población más vulnerable, cuando considere que las mismas no contemplan circunstancias especiales de vulnerabilidad o exclusión social que resultan constitucionalmente relevantes, y ello aparezca una lesión clara y directa de sus derechos fundamentales³³.

En estos casos, se parte del supuesto de que las encuestas del SISBEN resultan insuficientes —en virtud de su diseño— para detectar a la población más vulnerable del país. Por lo tanto, lo que se espera de los jueces constitucionales es una inaplicación de las reglas que a simple vista contradicen las disposiciones constitucionales sobre gasto público social y una valoración obligatoria de factores de vulnerabilidad social que, según explícitas y claras reglas constitucionales, deben ser atendidos. En otras palabras, cuando quiera que los eventuales beneficiarios de políticas sociales cuestionen el diseño de los respectivos programas por considerar que las disposiciones que los reglamentan impiden su acceso a los beneficios a los que podrían tener derecho conforme a expresos mandatos constitucionales, el juez constitucional debe determinar si existe una manifiesta irrazonabilidad del diseño institucional, para proceder, en el caso que ello sea así, a inaplicar la disposiciones involucradas y a introducir la valoración obligatoria de los factores de vulnerabilidad social.

2.2.2.2.3. Ofrecer un tratamiento especial para favorecer el acceso físico a los servicios de salud de las personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta

El artículo 49 de la Constitución Política garantiza el acceso físico de todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Para asegurar que dicho acceso sea real y efectivo y no meramente formal, la Corte Constitucional ha señalado que tanto las autoridades públicas como los particulares encargados de la prestación de tales servicios tienen la obligación de ofrecer un tratamiento especial a todas aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta. Lo anterior se traduce, por virtud de los artículos 13 y 47 de la Carta Política, en la obligación de adoptar medidas de diferenciación positiva.

Esta obligación no tiene, sin embargo, carácter absoluto, pues la jurisprudencia constitucional ha expresado que, en todos aquellos casos en los que se dispone de programas y planes de salud, la familia tiene la obligación principal de velar por que las personas que se encuentran en las condiciones mencionadas accedan a esos programas y planes de salud. Sólo en el evento de que la familia no esté en condiciones materiales de contribuir a que la persona pueda superar las barreras que impiden su acceso físico a los servicios de salud, el Estado y la sociedad adquieren la obligación de adoptar medidas encaminadas específicamente a este fin³⁴. Sin embargo, lo anterior no significa que, para cumplir con su obligación, la familia tenga que afectar su mínimo vital o renunciar a ciertas condiciones materiales que inciden directamente en su vida digna.

33 Corte Constitucional, sentencia T-1083/00. F.J. 15

34 Corte Constitucional, sentencias T-1079/01, T-1158/01, T-900/02, T-197/03.

2.2.2.4. Vigilar que el acceso a las fuentes de agua se realice en igualdad de condiciones y que se haga uso adecuado de las mismas

Para garantizar que el acceso a las fuentes de agua se realice en igualdad de condiciones, las autoridades públicas con competencias en materia ambiental deben abstenerse de conceder licencias o permisos que, de alguna forma, impidan u obstruyan el derecho legítimo que tienen los miembros de una comunidad de acceder al agua. Además, deben adoptar medidas concretas para evitar y corregir cualquier situación en la que un particular, sea que esté encargado de la prestación de un servicio público o no, haga un uso irracional, inequitativo, abusivo o desproporcionado de las fuentes de agua, o desvíe su cauce sin autorización³⁵.

De otro lado, para garantizar que se haga un uso adecuado de las fuentes de agua y de los acueductos veredales, las autoridades públicas deben velar por que el vital líquido se destine prioritariamente a satisfacer las necesidades de consumo humano. Las otras necesidades son secundarias y su satisfacción está condicionada a que haya suficiencia de agua. De cualquier forma, ello dependerá de las condiciones particulares del caso concreto, ya que la suficiencia de agua está sujeta a la existencia de ciertos factores objetivos tales como la región, la temporada de lluvia o sequía³⁶.

2.2.2.3. En cuanto a la aceptabilidad

La aceptabilidad del derecho a la salud involucra una dimensión de respeto por las particularidades individuales y colectivas que rodean y determinan las posibilidades de su ejercicio. La aceptabilidad comprende, entonces, un conjunto de libertades y de condiciones que, en su mayoría, están cultural, ética, histórica y socialmente determinadas. Se parte así de reconocer que existe una multiplicidad de elementos de todo tipo que condicionan e influyen la forma que tienen las personas de concebir la salud y la enfermedad y de relacionarse con el medio ambiente y los recursos naturales.

En la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aceptabilidad de la salud aparece íntimamente ligada a los principios de diversidad étnica y cultural y de autonomía individual. A través de su jurisprudencia, la Corte ha conseguido resaltar, de un lado, la importancia y la necesidad de preservar las prácticas y tradiciones medicinales de los indígenas y de proteger la forma que ellos tienen de relacionarse con el medio ambiente y con el territorio donde habitan, y de otro, la importancia y necesidad de reservar al individuo un espacio de autonomía para la adopción de decisiones que sólo involucran aspectos de su propia salud.

En este sentido, el respeto y protección de la salud, en su dimensión de aceptabilidad, comporta para el Estado el cumplimiento de, entre otras, las siguientes obligaciones:

2.2.2.3.1. Velar por que la explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas se haga compatible con la protección que el Estado debe dispensar a la integridad social, cultural y étnica del país

Para que las comunidades indígenas puedan gozar plenamente de su derecho a la salud y a los bienes y factores determinantes de la misma es necesario que las autoridades públicas respeten

35 Corte Constitucional, sentencias T-244/94 y T-379/95.

36 Corte Constitucional, sentencias T-282/93 y T-413/95.

y protejan su derecho fundamental a la subsistencia y a conservar su integridad étnica, cultural y social. A título de ejemplo, la cultura de las comunidades indígenas se concreta en un particular modo de ver el mundo y de relacionarse con el territorio donde habitan y con el entorno que las rodea, por lo que de llegar a producirse un deterioro severo en su medio ambiente la estabilidad y la subsistencia de estas comunidades se verían seriamente amenazadas.

Por tal motivo, la Corte Constitucional ha señalado que:

[L]a explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas hace necesario armonizar dos intereses contrapuestos: la necesidad de planificar el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales en los referidos territorios para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución (art. 80 C.P.), y la de asegurar la protección de la integridad étnica, cultural, social y económica de las comunidades indígenas que ocupan dichos territorios, es decir, de los elementos básicos que constituyen su cohesión como grupo social y que, por lo tanto, son el sustrato para su subsistencia³⁷.

Con tal fin, es necesario garantizar a las comunidades indígenas que puedan resultar afectadas con la explotación de recursos naturales en sus territorios el derecho a participar activamente en todo el procedimiento administrativo que precede a la concesión de las respectivas licencias de explotación.

A juicio de la Corte, este derecho de participación es cualificado, pues el mismo no se agota ni se entiende satisfecho con la notificación que se hace a la comunidad indígena sobre la existencia de proyectos de explotación de recursos naturales. Su alcance es mucho más amplio pues comprende, entre otras cosas, lo siguiente:

- a) Que la comunidad tenga un conocimiento pleno sobre los proyectos destinados a explorar o explotar los recursos naturales en los territorios que ocupan o les pertenecen, los mecanismos, procedimientos y actividades requeridos para ponerlos en ejecución; b) Que igualmente la comunidad sea enterada e ilustrada sobre la manera como la ejecución de los referidos proyectos puede conllevar una afectación o menoscabo a los elementos que constituyen la base de su cohesión social, cultural, económica y política y, por ende, el sustrato para su subsistencia como grupo humano con características singulares; c) Que se le dé la oportunidad para que libremente y sin interferencias extrañas pueda, mediante la convocación de sus integrantes o representantes, valorar conscientemente las ventajas y desventajas del proyecto sobre la comunidad y sus miembros, ser oída en relación con las inquietudes y pretensiones que presente, en lo que concierna a la defensa de sus intereses y, pronunciarse sobre la viabilidad del mismo³⁸.

Lo anterior, sin embargo, no debe entenderse como que es indispensable la aprobación o beneplácito de las comunidades indígenas para la ejecución de proyectos de explotación de recursos naturales en sus territorios. La armonización de los dos intereses constitucionales involucrados requiere que las decisiones se adopten de manera concertada. No obstante, si ello no se logra, la autoridad administrativa está autorizada para zanjar las diferencias, garantizando en todo caso

37 Sentencia SU-039/97. F.J. 3.2. Reiterada en la sentencia T-652/98.

38 Ídem. F.J. 3.2.

que su decisión sea objetiva y razonable, resulte proporcionada a la finalidad constitucional que le exige al Estado la protección de la identidad social, cultural y económica de la comunidad indígena, e incluya las medidas necesarias para mitigar o corregir los efectos perjudiciales que de ella puedan derivarse para la comunidad y para sus miembros³⁹.

2.2.2.3.2. Restringir el acceso a la información relacionada con la situación de una persona dentro del sistema de seguridad social en salud

A la luz de la jurisprudencia constitucional, la información referida a la situación de una persona dentro del sistema de seguridad social en salud es semiprivada y por tal motivo, “presenta para su acceso y conocimiento un grado mínimo de limitación, de tal forma que la misma sólo puede ser obtenida y ofrecida por orden de autoridad administrativa en el cumplimiento de sus funciones o en el marco de los principios de la administración de datos personales”⁴⁰.

La vigencia del derecho a la intimidad de los particulares afiliados al SGSSS exige de parte de las administradoras de bases de datos un ejercicio responsable y cuidadoso de su derecho a la información. Por tal motivo, es necesario que el manejo de los datos de los afiliados al sistema de seguridad social en salud se realice conforme a los principios de finalidad, circulación restringida y libertad. Está prohibido, en consecuencia, el acopio y divulgación de información que no atienda a una finalidad constitucionalmente legítima, la cual, en este caso está dada por el conjunto de relaciones que surgen entre el titular del dato y las entidades de seguridad social. Además, en ausencia de autorización de su titular, este tipo de información no puede circular ni ser difundida entre entidades o personas ajenas al sistema integral de seguridad social en salud.

2.2.2.3.3. Respetar y proteger el ejercicio de prácticas medicinales tradicionales

El cumplimiento de la obligación de proteger la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, consagrada en el artículo 7 de la Carta Política, genera para el Estado una nueva obligación: la de proteger y respetar las actividades curativas que, de acuerdo a tradiciones y prácticas ancestrales, se realizan al interior de las comunidades indígenas por los llamados brujos, curanderos o chamanes.

Para evitar la desestabilización y eventual extinción de las comunidades indígenas, la Constitución no sólo protege a sus miembros individualmente considerados; también salvaguarda el conjunto de conocimientos, actitudes, creencias y valores que ellos comparten entre sí y que encuentran su origen en un pasado común y en costumbres ancestrales. Las prácticas medicinales indígenas, en cuanto son el producto de todo ello, constituyen una legítima y auténtica manifestación del principio de diversidad cultural. En tal sentido, es obligación del Estado respetarlas y protegerlas asegurando su ejercicio, intangibilidad, desarrollo y continuidad histórica.

2.2.2.3.4. Respetar el derecho de las personas a decidir autónomamente el manejo de su propia salud

En una sociedad fundada en el pluralismo y en la dignidad humana el principio de autonomía individual prevalece *prima facie* sobre otros principios concurrentes. Por consiguiente, el médico

39 Ídem. FJ. 3.2.

40 Corte Constitucional, sentencia T-729/02.

tratante, la sociedad y el Estado están obligados a respetar la decisión de quien voluntariamente decide rechazar o solicitar un determinado tratamiento o procedimiento clínico, aun cuando consideren que con ello se afectará el bienestar físico o mental de la persona.

Sin embargo, en aquellos casos en los que el paciente se encuentre en estado de inconsciencia, padezca de alguna alteración mental que le impida autodeterminarse o esté en grave riesgo de muerte, el principio de autonomía cede ante las consideraciones del médico tratante o el interés de la familia. En estos casos, los padres y familiares pueden sustituir válidamente el consentimiento informado del paciente y autorizar así al personal médico para adelantar los tratamientos necesarios para salvaguardar su vida y su integridad física, por cuanto es razonable presumir que, de estar en condiciones de hacerlo, la propia persona consentiría en salvaguardar su vida y su salud⁴¹.

Tratándose de menores de edad, el consentimiento sustituto de los padres o familiares resulta válido sólo en aquellos eventos en los cuales se pretende la aplicación, por parte del médico tratante, de un procedimiento ordinario, poco riesgoso y que reporta grandes beneficios para su salud. En el evento contrario, esto es, cuando el tratamiento es invasivo, riesgoso y ofrece pocos beneficios para la salud del menor, el consentimiento sustituto sólo es legítimo si existe un riesgo inminente para su vida o su integridad personal.

2.2.2.4. En cuanto a la calidad

La calidad del derecho a la salud involucra el conjunto de condiciones que permiten, tanto a las personas individualmente consideradas como a las comunidades, disponer y acceder a servicios asistenciales y determinantes de la salud apropiados desde el punto de vista científico y técnico. Pero además, y desde una perspectiva estrictamente jurisprudencial, la calidad del derecho a la salud está ligada a consideraciones de efectividad, oportunidad, eficiencia y eficacia. Los servicios asistenciales de la salud y los factores determinantes de la misma no pueden ser óptimos y adecuados si, por ejemplo, no se prestan de manera oportuna y eficiente o si involucran procedimientos o medicamentos de reducida efectividad. Adicionalmente, para alcanzar una salud de calidad debe asegurarse el desarrollo sostenible del ambiente y de los recursos naturales renovables y no renovables.

La calidad, para la Corte Constitucional, supone entonces mucho más que personal médico idóneo y capacitado e infraestructura adecuada. Ella demanda de las autoridades públicas un esfuerzo organizativo importante, de forma que tanto los procedimientos como las competencias estén previa y suficientemente definidos. Demanda, adicionalmente, un esfuerzo por cumplir con las normas que ellas mismas se han impuesto, de tal manera que la prestación de los servicios asistenciales de salud y de saneamiento básico no resulte afectada o entorpecida por actuaciones que contradicen expresos mandatos constitucionales y legales de omisión o por abstenciones que contradicen expresos mandatos constitucionales y legales de acción.

En este sentido, el respeto y protección de la salud, en su dimensión de calidad, comporta para el Estado el cumplimiento de, al menos, las siguientes obligaciones:

41 Corte Constitucional, sentencia SU-337/99. F.J. 13.

2.2.2.4.1. Velar por que exista una eficiente y adecuada prestación de los servicios de salud y de los servicios determinantes de la salud

Para que exista una eficiente y adecuada prestación de los servicios de salud las autoridades públicas deben velar por que los afiliados al SGSSS reciban una atención integral, oportuna y continua.

Para ser integral, la atención médica debe abarcar todos los medicamentos y procedimientos, tanto quirúrgicos como de diagnóstico, que el médico tratante considere necesarios y útiles para el restablecimiento del estado de salud del paciente⁴². Para ser oportuna, dicha atención debe ofrecerse dentro de un periodo de tiempo razonablemente breve y debe tener en cuenta la urgencia del tratamiento o procedimiento requerido por el afiliado. De acuerdo con el criterio de la Corte Constitucional, las EPS y las ARS no pueden dilatar injustificadamente la atención de los pacientes que padecen graves enfermedades y que requieren de pronta atención⁴³. Significa además que, aun cuando el tratamiento no sea urgente por no hallarse en peligro la vida del paciente, las EPS y ARS deben evitar una agravación de su estado de salud y deben diseñar reglas claras que permitan a sus afiliados y al personal a su cargo conocer el orden en que las prestaciones se deben ejecutar⁴⁴. Finalmente, para ser continua, la atención en salud debe prestarse de forma ininterrumpida y debe ajustarse al principio de buena fe. En aquellos casos en los que existe mora en el pago de los aportes, los afiliados al SGSSS tienen derecho a que la atención en salud no les sea suspendida en los siguientes eventos: (i) cuando el responsable de la mora es el empleador y no el trabajador; (ii) cuando el pago de los aportes se hace tardíamente y la EPS no lo objeta y; (iii) cuando, pese a la mora, la EPS se allana a cumplir con el tratamiento ofrecido al afiliado⁴⁵.

De otra parte, para que exista una adecuada y eficiente prestación de los servicios determinantes de la salud las autoridades públicas tienen la obligación de vigilar que se dé un estricto cumplimiento a las normas técnicas ambientales que rigen la materia y que se realice una adecuada planificación, diseño e instalación de toda la infraestructura y de las redes de servicios públicos.

Ello supone que las autoridades públicas tienen la obligación de abstenerse de conceder licencias de construcción para proyectos de vivienda cuyos diseños de redes de servicios públicos no cuenten con el concepto previo favorable de las empresas respectivas con licencias ambientales expedidas por las autoridades competentes y con el lleno de los requisitos legales. Supone, además, que las autoridades públicas deben abstenerse de ubicar los botaderos de basuras cerca a los lugares que se encuentran habitados por personas, asegurarse de que éstos resulten aptos desde el punto de vista higiénico y ambiental y, en el evento de que estos sitios fomenten focos infecciosos en las proximidades de las áreas ocupadas con viviendas, se deben adelantar las gestiones necesarias para trasladarlos a lugares en los que su existencia no signifique una amenaza para la salud y la integridad física de las personas⁴⁶.

42 Corte Constitucional, sentencia T-133/01.

43 Corte Constitucional, sentencias T-347/96, T-010/99 y T-344/02.

44 Corte Constitucional, sentencias T-281/96 y T-688/98.

45 Corte Constitucional, sentencia T-059/97.

46 Corte Constitucional, sentencia T-062/95.

2.2.2.4.2. Proveer las condiciones formales y materiales para que las EPS y ARS y demás entidades e instancias comprendidas dentro del sistema de seguridad social en salud puedan prestar un servicio adecuado, eficaz y eficiente.

Para garantizar la prestación adecuada, eficiente y eficaz del servicio de salud, el Estado debe, en primer término, ofrecer a las EPS, ARS y demás entidades e instancias comprendidas dentro del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) un marco regulatorio claro y suficiente que no sólo permita superar eventuales controversias, sino que, además, sea acorde con los postulados constitucionales sobre la materia. Según el criterio de la Corte Constitucional, la efectividad de los derechos fundamentales de los afiliados al SGSSS depende, en buena medida, de una adecuada regulación, puesto que sólo de esta forma puede eludirse un sinnúmero de vacíos y dificultades de orden legal y administrativo, que eventualmente retardarán y obstaculizarán la prestación de los servicios de salud⁴⁷.

En segundo término, el Estado debe mantener actualizado el listado de medicamentos cubiertos por el SGSSS, bien sea dentro del régimen contributivo o subsidiado. Las demoras en la actualización, la no inclusión de nuevos medicamentos de comprobada efectividad e idoneidad para el tratamiento de las patologías, y la decisión de mantener en el listado medicamentos obsoletos que no reportan mayores beneficios para la salud de las personas, impiden que pueda hacerse una adecuada, eficaz y efectiva prestación de los servicios de salud y pueden conducir a la violación de los derechos fundamentales de los asociados⁴⁸.

Finalmente, el Estado debe procurar que los procedimientos a los que tienen que verse sometidas las EPS y ARS para obtener el reembolso de las sumas invertidas en tratamientos, medicamentos y procedimientos excluidos del POS y del POS-S no sean demasiado engorrosos y dispendiosos. Así, sin perjuicio de la función de control que corresponde adelantar al Ministerio de Protección Social, o la entidad que haga sus veces, para evitar pagos de solicitudes fraudulentas o engañosas, debe procurarse que los trámites sean expeditos y que no se nieguen pagos por tratamientos o procedimientos que han sido autorizados por las EPS y ARS en cumplimiento de expresos mandatos constitucionales, de sentencias judiciales o en observancia de la jurisprudencia constitucional⁴⁹.

2.2.2.4.3. Ejercer eficazmente sus deberes de vigilancia ambiental

Para garantizar el goce y ejercicio del derecho a la salud, el Estado debe ejercer estrictos controles que aseguren que la explotación de los recursos naturales -renovables y no renovables- se realice con estricta sujeción a la ley.

Por tal motivo, es necesario que, previamente a la expedición de las licencias ambientales, las autoridades competentes verifiquen que el solicitante cumpla con todos y cada una de las condiciones y requisitos fijados en la ley y en los reglamentos para el efecto. Este deber de vigilancia no se agota, sin embargo, con la expedición de la licencia ambiental. Una vez que el particular ha obtenido autorización para la explotación de los recursos naturales, es preciso que las autoridades sanitarias de todos los niveles vigilen constantemente que dicha actividad se ejerza en estricto

47 Corte Constitucional, sentencia T-344/02. F.J. 6.

48 Ídem. F.J. 6.2.

49 Ídem. F.J. 6.3.

cumplimiento de las normas sanitarias instituidas para proteger la salud pública y el ambiente, y dentro del marco fijado por la licencia.

Lo anterior indica que las autoridades públicas deben diseñar mecanismos técnicos y administrativos de control que sean expeditos y eficaces para detectar y corregir oportunamente cualquier conducta o actividad que comporte daño o menoscabo del medio ambiente o de la riqueza natural y cultural de la Nación. Supone además, que ellas deben utilizar todos los instrumentos que la ley pone a su disposición para conjurar y evitar tales eventos. Entonces, es necesario que una vez verificada la afectación del medio ambiente por quien es titular de una licencia ambiental, procedan a cancelarlas o suspenderlas de manera temporal o definitiva y a iniciar las acciones civiles y penales que permitan obtener la indemnización de los perjuicios causados y la sanción de los responsables⁵⁰.

2.2.2.4.4. Velar por que los servicios de salud sean prestados por personal idóneo, capacitado y bien remunerado

Con el fin de velar por la calidad de la prestación de los servicios de salud, el Congreso de la República está constitucionalmente facultado para imponer restricciones al ejercicio de la medicina y de las demás profesiones de la salud. Sin embargo, para ser legítimas y respetuosas del derecho que tiene toda persona para escoger y ejercer profesión u oficio, dichas restricciones deben ser proporcionadas y fundamentarse de manera razonable en el control del riesgo social⁵¹.

De igual manera, el derecho a disponer de servicios de salud de calidad exige que las autoridades administrativas inspeccionen y vigilen el ejercicio de la medicina y de las demás profesiones que, como ésta, comportan un riesgo social. Igualmente, requiere que las autoridades administrativas velen por que las EPS y las entidades clínicas y hospitalarias contraten médicos generales y especializados del más alto nivel profesional y ofrezcan a su personal una remuneración justa, oportuna y adecuada de acuerdo con su grado de preparación, especialidad y experiencia⁵².

50 Corte Constitucional, sentencias T-251/93, T-380/93, T-219/94 y T-523/94.

51 Corte Constitucional, sentencia C-226/94.

52 Corte Constitucional, sentencia T-161/98.

CUADRO No. 1⁵³ **Reglas de decisión fijadas por la Corte Constitución**

CONTENIDO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGADOS	CONTENIDO DE LA OBLIGACIÓN
Disponibilidad	Congreso, autoridades administrativas	<ul style="list-style-type: none"> Mientras existan sectores poblacionales con necesidades insatisfechas en materia de salud, deben abstenerse de adoptar medidas que conlleven la disminución de los recursos con que se financia el régimen subsidiado de salud. (C-1165/00).
	Autoridades municipales y distritales (alcaldías, secretarías de gobierno, oficinas de planeación)	<ul style="list-style-type: none"> Abstenerse de expedir licencias de construcción a quienes no cuenten con los diseños de las redes de servicios públicos previamente aprobados por las empresas respectivas y con las licencias ambientales, expedidas por las autoridades competentes, que acrediten la viabilidad ambiental del proyecto. (SU-442/97). Si el Estado no está en condiciones de prestar debidamente un servicio público que es esencial para la población, debe ofrecer las condiciones para que los particulares o las comunidades organizadas puedan prestarlos directamente (T-570/92).
	EPS y ARS públicas y privadas	<ul style="list-style-type: none"> Suministrar medicamentos y tratamientos necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, aun cuando estén excluidos del POS y del POS-S, en todos aquellos eventos en los que -1. La falta de medicamento o tratamiento amenace los derechos constitucionales a la vida, a la dignidad o a la integridad personal del interesado; 2. El medicamento o tratamiento no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el POS o el POS-S, o cuando el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan; 3. Que el paciente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido y no pueda acceder a él por otro plan de salud; y 4. Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS o a la ARS a la cual se halle afiliado el demandante (SU-480/97, T-796/98, T-978/01, T-344/02). Suministrar medicamentos y tratamientos para las enfermedades de alto costo, aún cuando el interesado no reúna los periodos mínimos de cotización al sistema, en todos aquellos eventos en que -1. El usuario no cuente con los recursos económicos para costear el porcentaje de la cotización que falta; 2. La ausencia del servicio médico amenace sus derechos constitucionales a la vida o a la integridad personal (situación de urgencia) y; 3. El medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la EPS a la cual se halle afiliado el demandante (C-112/98, T-328/98, T-370/98, T-670/00). Dar continuidad a los tratamientos, aún cuando no exista para el paciente pronóstico favorable de curación, pero siempre que éstos contribuyan en algo a mejorar su calidad de vida o reporten algún tipo de progreso o mejoría en su estado de salud (T-067/94, T-430/94, T-020/95). Financiar tratamientos en el exterior, en cuantía equivalente a la de un tratamiento análogo incluido dentro del POS (o POS-S), en todos aquellos eventos en los que -1. Exista situación de riesgo inminente para la vida del afiliado; 2. El procedimiento requerido no se practique en el país y su eficacia esté científicamente acreditada; 3. Exista aprobación y concepto técnico-científico favorable del médico tratante sobre la viabilidad de practicarlo al afiliado dadas sus condiciones particulares de salud (SU-819/99).

53 Fuente: Defensoría del Pueblo. *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Bogotá, 2003.

CONTENIDO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGADOS	CONTENIDO DE LA OBLIGACIÓN
Disponibilidad	EPS y ARS públicas y privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a sus afiliados atención médica continua y permanente. Ello implica que ésta no puede dejar de prestarse durante los días festivos o de vacancia y que debe extenderse a todo el territorio nacional. Por tal motivo, para que la prestación de los servicios de salud a sus afiliados sea eficiente, la cobertura no puede circunscribirse al lugar legal o contractualmente determinado como su domicilio principal (T-111/93). • Ofrecer a sus afiliados atención psicológica, con independencia de la fase o etapa de desarrollo de la respectiva patología (T-248/98). • Ofrecer a los afiliados al régimen contributivo y a su núcleo familiar los procedimientos y tratamientos contenidos en el POS, aún después de finalizada la relación laboral y expirado el periodo de protección de que trata el artículo 75 del Decreto 808/96, cuando quiera que tales procedimientos y tratamientos hubieran sido ordenados durante la vigencia de la afiliación y su prestación no se hubiere hecho efectiva por desidia o negligencia administrativa de la EPS obligada (T-387/01).
	Ministerio de Protección Social- Fondo de Solidaridad y Garantía	<p>* Garantizar el otorgamiento o la financiación de la prestación o el medicamento excluido del POS (o el POS-S), en Colombia o en el exterior, teniendo el derecho a exigir a la respectiva EPS a la que esté afiliada la persona que solicita el servicio el pago de los valores del procedimiento o medicamento equivalentes dentro del POS (y el POS-S), de conformidad con las tarifas definidas para éstos dentro del costeo de la Unidad Per Cápita (SU-819/99).</p>
	Instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atención inicial de urgencia, independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes, sin importar que tengan o no celebrado contrato de asistencia con entidades de previsión social, y sin condicionar ese servicio a pagos previos ni al cumplimiento de los contratos que eventualmente tengan celebrados con el Estado en materia de seguridad social (T-111/93).
	Instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan contratos con el Estado para la atención de los participantes vinculados	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a los participantes vinculados los servicios de salud que requieran, sin exigir el pago de cuotas moderadoras, cuando quiera que se encuentren en una situación económica precaria y de urgencia comprobada que amenace su derecho a la salud en conexidad con la vida (T-1126/01). • Abstenerse de negar atención médica y hospitalaria a los enfermos de SIDA que carecen de los medios económicos para pagar por ella y no están afiliados al SGSSS (T-505/92, T-177/99). • Ofrecer a quienes se encuentran en situación de indigencia servicios médicos asistenciales cuando quiera exista (i) una incapacidad absoluta de la persona de valerse por sus propios medios, (ii) una necesidad vital cuya no satisfacción lesiona la dignidad humana en sumo grado y; (iii) una incapacidad absoluta de la familia de contribuir a la satisfacción de dicha necesidad (T-533/92, T-046/97).
	Ministerio de Justicia y del Derecho, INPEC, Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Planeación.	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar o constituir un sistema de seguridad social en salud, bajo la modalidad subsidiada, que cubra las contingencias que en esa materia surjan para el personal recluso en las cárceles del país, tanto detenidos preventivamente como condenados (T-606/98, T-607/98, T-256/00). • Elaborar un plan de refacción y construcción sanitaria que permita a la población carcelaria disponer de una adecuada infraestructura sanitaria y de una eficiente prestación de los servicios públicos de agua y alcantarillado (T-153/98).
	Secretarías de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mientras se encuentren en capacidad real de satisfacer la obligación, deben ofrecer a quienes se encuentren en calidad de vinculados los servicios de atención sanitaria necesarios para evitar o conjurar una afectación grave de su vida o su integridad física o mental, en todos aquellos casos en los que ni la familia ni la sociedad están en capacidad de hacerlo (SU-225/98).

CONTENIDO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGADOS	CONTENIDO DE LA OBLIGACIÓN
Disponibilidad	Secretarías de salud	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer a los participantes vinculados, directamente o mediante contratación con IPS públicas o privadas, los procedimientos y tratamientos que requieran para la protección de su derecho a la salud en conexidad con la vida y que no se encuentren disponibles en la red pública de hospitales (T-970/01, T-1210/01).
Acceso	<p>Autoridades públicas encargadas de adelantar los procesos de selección y asignación de subsidios estatales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar la información que aparece en el banco de datos del SISBEN. Ello supone que todo individuo tiene derecho a conocer qué datos aparecen registrados en las bases de datos, a solicitar, en cualquier momento, que se revise una o varias encuestas determinadas con el fin de verificar la información allí consignada, y a incluir nuevos datos o variaciones en la información inicial, que modifiquen el puntaje obtenido. (T-307/99, T-1083/00). En aquellos eventos en los que sea necesario reclasificar a los beneficiarios del régimen subsidiado de salud, las autoridades competentes no pueden recortar los beneficios ofrecidos sin antes informar de este hecho a los potenciales afectados (a fin de permitirles ejercer sus derechos de defensa y de participación) y sin haber practicado una nueva encuesta para la clasificación de todos los posibles beneficiarios (T-003/00). Suministrar a los particulares información oportuna, pertinente, correcta y completa del procedimiento a seguir para hacerse acreedora de una prestación positiva del Estado (T-499/95, T-149/02).
	<p>Autoridades públicas y particulares encargadas de la prestación del servicio de salud. Autoridades distritales y municipales de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Suministrar información clara, detallada y suficiente a los beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado de salud, para lograr la prestación de servicios excluidos del POS y del POS-S. Debe informarse al usuario ante quién debe acudir para conseguir la atención médica que requiere (T-549/99, T-452/01, T-729/01, T-513/02). Cuando la práctica de procedimientos quirúrgicos (o de otro tipo) esté sometida, en virtud de su naturaleza electiva (no urgente), a la programación de turnos, deben suministrar al afiliado información precisa sobre la fecha en la que éstos habrán de realizarse (T-688/98).
	<p>Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer a los particulares las razones por las cuales los procedimientos, exámenes y tratamientos no se encuentran incluidos dentro del POS (T-960/01) y POS-S.
	<p>Autoridades públicas y particulares encargadas del diseño de las reglas que condicionan el acceso y permanencia en los planes, beneficios y subsidios en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Abstenerse de utilizar la maternidad o cualquier otra expresión del derecho al libre desarrollo de la personalidad como criterio determinante del acceso (o la permanencia) a los planes o servicios de salud de los hijos de un afiliado (T-1642/00, SU-1167/01). Introducir, como condición relevante para la selección de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud – o del sistema, cualquiera que sea, que regule el acceso a la salud de la población pobre y vulnerable -el hecho de que se trate de una mujer en estado de gestación, después del parto, o de un niño menor de un año que no se encuentre cubierto por algún tipo de protección (T-1083/00). Introducir, como condición relevante para la selección de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud – o del sistema, cualquiera que sea, que regule el acceso a la salud de la población pobre y vulnerable - el hecho de que se trate de una persona enferma de SIDA (T-177/99, T-185/00, T-1210/01).
<p>Estado directamente o a través de entidades promotoras de salud del régimen contributivo o subsidiado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Asumir los costos que generan los desplazamientos generados por las remisiones de pacientes cuando quiera que se acredite (i) que ni éstos ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) que de no efectuarse la remisión se pone en peligro la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente (T-1079/01, T-900/02, T-197/03). En el evento anterior, deben asumir los costos que genera el desplazamiento de acompañantes cuando quiera que el paciente (i) sea totalmente dependiente de otro para su desplazamiento 	

CONTENIDO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGADOS	CONTENIDO DE LA OBLIGACIÓN
Acceso	Estado directamente o a través de entidades promotoras de salud del régimen contributivo o subsidiado	<p>(menores de edad, enfermos mentales, personas de la tercera edad y discapacitados físicos que no puedan valerse por sí mismos); (ii) requiera atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas; y (iii) y su núcleo familiar no cuenta con los recursos suficientes para financiar el traslado (T-1079/01, T-900/02, T-197/03).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer servicio de ambulancia para que las personas que por su condición física no pueden valerse por sí mismas puedan acceder a los servicios de salud en aquellos casos en los que la familia no cuente con recursos para contratar un vehículo apropiado (T-1158/01).
	Autoridades públicas (nacionales y territoriales) a cargo de la protección ambiental. Organismos de control.	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por que el acceso a las fuentes de agua se haga en igualdad de condiciones, de forma proporcionada, equitativa y razonable. Ello supone que no puede tolerarse que ninguna persona (natural o jurídica) monopolice el uso de las fuentes de agua o acceda a ellas en una forma que obstaculice o impida el acceso de otras personas a las mismas (T-244/94, T-379/95). • Vigilar la correcta utilización de las fuentes de agua. Ello impone la obligación de velar por que las fuentes de agua se destinen prioritariamente a satisfacer necesidades de consumo doméstico (T-232/93, T-413/95). • Para garantizar su participación en las decisiones que le conciernen, instruir a la comunidad sobre los mecanismos legales que le permiten intervenir en los trámites administrativos que preceden al otorgamiento de licencias ambientales (T-523/94).
	Autoridades municipales y distritales (alcaldías, secretarías de gobierno, oficinas de planeación)	<ul style="list-style-type: none"> • Abstenerse de expedir licencias de construcción a quienes no cuenten con los diseños de las redes de servicios públicos previamente aprobados por las empresas respectivas o con las licencias ambientales, expedidas por las autoridades competentes, que acrediten la viabilidad ambiental del proyecto (SU-442/97). • Si el Estado no está en condiciones de prestar debidamente un servicio público que es esencial para la población, debe ofrecer las condiciones para que los particulares o las comunidades organizadas puedan prestarlos directamente (T-570/92).
Aceptabilidad	IPS, autoridades administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar la decisión de quien libre y autónomamente, decide rechazar la medicina tradicional para someterse a prácticas medicinales alternativas (T-214/97).
	EPS, ARS, IPS, públicas o privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Abstenerse de practicar procedimientos de esterilización a personas que no expresen su consentimiento informado. Si se trata de personas con problemas mentales que están incapacitadas para expresar un consentimiento de éstas características, el procedimiento solo es realizable si existe autorización judicial previa, a menos que se trate de una situación de urgencia o de imperiosa necesidad (T-248/03).
	Jueces de la República	<ul style="list-style-type: none"> • Abstenerse de autorizar procedimientos de esterilización definitiva a menores de edad que padecen incapacidad mental, hasta tanto no se demuestre plenamente que el menor tiene problemas mentales que le impiden dar su consentimiento para este tipo de intervenciones y que existen razones suficientes para sostener, con un alto grado de certeza, que en el futuro no alcanzará una nivel de autonomía suficiente para comprender los alcances del procedimiento y consentir en el mismo (T-850/02, T-248/03). • Si el procedimiento de esterilización se solicita para un mayor de edad con discapacidad mental, el juez, además de lo anterior, debe exigir la declaración previa de su estado, por medio de una interdicción judicial de sus derechos (T-850/02). • Abstenerse de conceder licencias de explotación de recursos naturales en territorios tradicionalmente ocupados por comunidades indígenas, sin consultar previamente con ellas (SU-037/97, T-652/98).

CONTENIDO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGADOS	CONTENIDO DE LA OBLIGACIÓN
Aceptabilidad	Autoridades carcelarias	<ul style="list-style-type: none"> • Aún cuando las autorizaciones de traslado están sujetas al principio de discrecionalidad, las autoridades carcelarias deben tomar en consideración, al momento de resolver solicitudes de este tipo, la pertenencia del solicitante a una minoría étnica, su estado de salud y su deseo de recibir medicina alternativa (T-214/97).
Calidad	Entidades territoriales encargadas de la prestación del servicio público de aseo	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una adecuada planificación de los procesos de recolección, tratamiento y disposición de basuras. Por ello deben asegurarse de que los lugares que hayan de servir para el depósito y concentración de basuras y desperdicios se encuentren alejados de las áreas donde existen asentamientos humanos y cumplan con todas las especificaciones técnicas y ambientales (T-062/95, SU-442/97).
	Autoridades nacionales y territoriales encargadas de la protección ambiental. Organismos de control.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercer las funciones de vigilancia ambiental que la ley les atribuye. En consecuencia, deben velar por que las fuentes de agua, especialmente aquellas que se destinan a consumo humano, y el medio ambiente no sean contaminados por la acción de particulares, sin que sea relevante que la contaminación sea consecuencia del ejercicio de una actividad económica constitucionalmente protegida (T-251/93, T-380/93, T-219/94, T-523/94).
	Autoridades administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar e inspeccionar el ejercicio de la medicina y de las prácticas alternativas que, aún cuando no requieren formación profesional, comportan un riesgo social (T-408/92, C-226/94).
	Empresas prestadoras de servicios públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Abstenerse de interrumpir el suministro o prestación de los servicios públicos esenciales como medida de presión para obtener el pago de sumas adeudadas por los establecimientos de salud, por ser éstos bienes constitucionalmente protegidos (T-881/02, T-134/03).
	EPS y ARS públicas y privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a sus afiliados atención médica oportuna. Por tal motivo, deben dar soluciones expeditas a las solicitudes que se les plantean, evitando de esta forma demoras y dilaciones injustificadas e irrazonables en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (T-347/96, T-688/98, T-027/99, T-889/01, T-1188/01)

3. ELEMENTOS MÍNIMOS ESENCIALES Y OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE SALUD

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, es posible afirmar que existen numerosos referentes internacionales y nacionales para defender una perspectiva integral del derecho a la salud que contribuya a superar la noción meramente asistencialista y curativa del derecho. Por ende, puede exigirse el aseguramiento de condiciones que hagan viable, en un contexto de no discriminación, su pleno ejercicio.

A la luz del conjunto de normas que delimitan su contenido no hay duda que el derecho a la salud no puede considerarse satisfecho mediante programas y medidas que apunten única y exclusivamente a librar a la persona de afecciones o enfermedades. La realización del derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud exige mucho más y por ello es necesario promover y asegurar las condiciones que permitan a todas las personas llevar una vida sana.

En consecuencia, surgen varios interrogantes: ¿Cómo lograrlo? ¿De qué forma puede el Estado avanzar hacia la realización de este derecho? ¿Cómo es posible asegurar la plena efectividad del derecho con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles?

Para responder a los anteriores cuestionamientos no basta con atender lo dispuesto en los instrumentos internacionales de derechos humanos o las normas pertinentes incorporadas en la Constitución de 1991. Es necesario, además, acudir a los pronunciamientos de los órganos internacionales encargados de interpretarlos, los cuales, se insiste, hacen parte del bloque de constitucionalidad por mandato del artículo 93 de la Constitución Política.

Las Observaciones Generales No. 14 y No. 15 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, intérprete autorizado del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, así como los informes del Relator Especial de las Naciones Unidas para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁵⁴, son los instrumentos que permiten precisar y desarrollar en mejor medida el contenido de las obligaciones que compete al Estado cumplir para asegurar la realización del más alto nivel posible de salud, aun dentro de un marco presupuestal limitado. Estas fuentes ofrecen el contenido normativo básico del derecho a la salud y, en esa medida, determinan los elementos mínimos esenciales en torno a los cuales debe desarrollarse la política pública en materia de salud, así como los objetivos generales y específicos hacia los cuales debe dirigirse prioritariamente la acción del Estado.

3.1. Elementos mínimos esenciales de la política pública en materia de salud

De acuerdo con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la política pública en materia de salud debe articularse en torno a cuatro elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Elementos que permiten medir el grado de cumplimiento progresivo de las metas y objetivos que impone la realización del derecho a la salud y que sirven, además, como referente en la determinación de las obligaciones estatales.

3.1.1. Disponibilidad

El Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, programas, servicios públicos de salud y de centros de salud. Deberán incluirse en su diseño y puesta en marcha diversos factores determinantes de la salud, como agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, centros de atención en salud como clínicas y hospitales, personal especializado y bien remunerado según las condiciones del país, y los medicamentos determinados en el programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS. En lo que tiene que ver específicamente con el suministro de agua potable, la disponibilidad apunta a asegurar que el abastecimiento del líquido sea continuo y suficiente para los usos domésticos y en cantidades que respondan a las directrices fijadas por la OMS⁵⁵.

54 La gestión del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, desarrollada en el marco de los mecanismos extraconvencionales de protección y promoción de los derechos humanos, creados por la Comisión de Derechos Humanos, se dirige fundamentalmente a alcanzar los objetivos establecidos en la resolución 2002/31 de la Comisión de Derechos Humanos. Dentro de estos objetivos se encuentran el de informar sobre la situación, en todo el mundo, del ejercicio del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y el de formular recomendaciones sobre medidas apropiadas para promover y proteger el ejercicio de este derecho con miras a apoyar los esfuerzos de los Estados para mejorar la salud pública.

55 Los estimados de las necesidades de las madres lactantes que realizan una actividad física moderada en temperaturas superiores al promedio indican que 7,5 litros per cápita por día atenderían las necesidades de la mayoría de las personas en casi todas las condiciones. Ver J. Bartram y G. Howard. *Cantidad del agua, porcentaje de disponibilidad y salud domésticos*. Organización Mundial de la Salud.

3.1.2. Accesibilidad

La accesibilidad consiste en asegurar que los establecimientos, servicios y programas médicos, así como las instalaciones y servicios de agua potable y saneamiento básico, estén al alcance de todos, sin discriminación alguna. Ello supone la satisfacción de cuatro dimensiones superpuestas:

No discriminación: todos los sectores de la población, incluyendo los más vulnerables, deben poder acceder –de hecho y de derecho- a los establecimientos, bienes y servicios de salud, así como a las instalaciones y servicios de agua y saneamiento básico, sin que puedan establecerse restricciones o limitaciones discriminatorias.

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico y físico de todos los sectores de la población, incluyendo los de mayor marginalidad y vulnerabilidad. Ello supone, de un lado, que tales establecimientos deben adecuarse para facilitar el acceso de las personas discapacitadas y, de otro, que factores determinantes de la salud, como los servicios de saneamiento básico y las instalaciones de agua potable, deban ubicarse a distancias geográficas razonables, incluso en lo que se refiere a las áreas rurales, y en lugares seguros, de manera que el acceso pueda llevarse a cabo sin riesgos para la integridad personal de la población. En lo concerniente con el acceso al agua potable, la accesibilidad física comprende, además, que cada hogar, institución de trabajo, institución educativa e institución de salud cuente con un suministro de agua suficiente y salubre.

Accesibilidad económica (Asequibilidad): la equidad debe ser el principio que determine el monto que se debe pagar por los servicios de atención en salud y por los servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud. Tanto en los servicios públicos como en los privados, el factor económico no podrá ser un impedimento de acceso para los sectores más desfavorecidos socialmente. El Estado debe propender –en atención al principio de equidad- por que el costo de los servicios de salud y de agua potable y de los servicios en los hogares más pobres no se constituya en una carga particularmente gravosa, que impida el acceso a los bienes y servicios de salud.

Acceso a la información: comprende los derechos de solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas con la salud y sus factores básicos determinantes. En todo caso, debe respetarse y garantizarse el derecho de las personas a mantener bajo reserva los datos respecto de su propia salud.

3.1.3. Aceptabilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar las normas que prescribe la ética médica y deben ser respetuosos de las diferencias culturales, las particularidades de ciertas comunidades, así como las diversas condiciones de género y ciclo de vida. La confidencialidad y el mejoramiento del estado de salud de los sujetos deberán ser los imperativos que determinen su actuar. Adicionalmente, respecto al derecho al agua, la aceptabilidad exige que todos los servicios e instalaciones deban ser culturalmente adecuados y tengan en cuenta las necesidades relativas al género, al ciclo vital y a la intimidad. Ello supone que el agua debe tratarse fundamentalmente como un bien público social y cultural y no como un bien económico.

3.1.4. Calidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Es decir, deben contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospita-

rios científicamente aprobados y en buen estado, condiciones sanitarias adecuadas y agua de calidad⁵⁶. El agua debe presentar un color; un olor y un sabor aceptables para cada uso personal o doméstico.

3.2. Objetivos generales de la política pública en materia de salud

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵⁷ y con el Relator Especial para el derecho a la salud del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas⁵⁸, la política pública en materia de salud debe apuntar a la realización de dos objetivos generales: la reducción de la pobreza y la erradicación de las prácticas y medidas discriminatorias. Ello, bajo el entendido de que la mala salud es, a la vez, causa y efecto de la pobreza y que las desigualdades sociales, sustentadas en la discriminación y marginación de determinados grupos, se reflejan en la distribución de las enfermedades y en la evolución del estado de salud de los afectados⁵⁹.

Los Estados deben velar entonces porque el acceso a los programas y servicios de salud y a los factores determinantes de la misma, se realice en condiciones de igualdad, esto es, sin restricciones o diferenciaciones fundadas en cualquiera de los motivos internacionalmente prohibidos⁶⁰, y mediante una asignación adecuada de recursos. Lo contrario podría dar lugar, en opinión del Comité, a una discriminación que podría no ser manifiesta al favorecer desproporcionadamente, por ejemplo, aquellos servicios curativos que, por su elevado costo, sólo están al alcance de una fracción privilegiada de la población.

Con todo, nada obsta para que puedan adoptarse medidas de “discriminación positiva”⁶¹ en aquellas situaciones de limitación grave de recursos en las que es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo. Ello es precisamente lo que justifica que el Comité haga especial énfasis en la necesidad de desarrollar prioritariamente estrategias nacionales dirigidas a promover el derecho a la salud de las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidad y los pueblos indígenas.

De otro lado, la reducción de la pobreza fundada en el derecho a la salud exige de los Estados adoptar medidas y programas que permitan contrarrestar las causas o factores determinantes de la mala salud de la población que se encuentra en estado de pobreza, a prevenir la aparición de enfermedades y epidemias, y a eliminar las barreras jurídicas y fácticas que impiden que las personas de escasos recursos puedan acceder a los servicios de salud y a sus factores determinantes. Ello podría lograrse, en concepto del Relator Especial, mediante las siguientes estrategias que permitan

56 La calidad del agua depende de su uso específico. Así, si se trata de agua para consumo humano se exige que el agua sea de alta calidad, de manera que su uso no genere riesgos para la salud de las personas. En contraste, si el agua se destina a usos diferentes como el riego o el saneamiento, su nivel de calidad puede ser inferior.

57 Observación general No. 14, párrafo 18.

58 Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 3003/31. E/CN.4/2003/58. Párrafo 41, versión en español.

59 El acceso a los niveles básicos de atención en salud no se encuentra garantizado a todos los habitantes del territorio nacional. Se presenta una discriminación permanente por sectores y regiones que afecta a los grupos más vulnerables, que son los que presentan las más altas frecuencias de todo tipo de enfermedades, particularmente las infecciosas, endémicas y epidémicas. Natalia Paredes Hernández. *Derecho a la salud. Su situación en Colombia*. Centro de Investigación y Educación Popular: Bogotá, 2003, p. 63.

60 El goce y ejercicio de los derechos humanos no puede restringirse o invalidarse por motivos de raza, sexo, religión, color, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, discapacidades físicas o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual o situación política o social.

61 La discriminación inversa (o positiva) puede definirse como el reconocimiento normativo, tanto estatal como internacional, de ciertas medidas que suponen un trato desigual favorable dirigido a eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que afectan a ciertas personas o grupos. Corte Constitucional, sentencia C-371/00. F.J. 14.

(...) mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, determinando qué enfermedades afectan de manera especial a los pobres y aplicando la vacunación y otros programas concebidos especialmente para llegar a ellos; aumentar la eficacia de las medidas de salud pública en favor de los pobres, creando controles ambientales básicos, en particular en lo que respecta a la eliminación de los desechos en las zonas habitadas por los pobres; reducir la carga presupuestaria que representa para los pobres la protección de la salud, por ejemplo, reduciendo o eliminando por completo los derechos que deben pagar por los servicios de salud; promover políticas en otros sectores que repercutan de manera positiva en factores que influyen en la salud de manera determinante, por ejemplo, apoyando políticas agrícolas que tengan resultados específicos sobre la salud de los pobres⁶².

3.3. Objetivos específicos de la política pública en materia de salud

De acuerdo con lo consignado en el artículo 12 del PIDESC, la plena efectividad del derecho a la salud, entendido desde una perspectiva integral, exige a los Estados adoptar medidas dirigidas a:

- Reducir la mortalidad materna, la mortalidad infantil y asegurar el sano desarrollo de los niños. De acuerdo con lo dicho por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶³, ello supone que los Estados deben adoptar medidas que permitan mejorar los programas de salud materna e infantil tanto en su componente asistencial como en su componente preventivo. En este sentido, se infiere que el acceso a la información ocupa un lugar preponderante. En efecto, muchos de los factores que tradicionalmente han afectado la salud de los menores y de sus madres se relacionan estrechamente con la deficiente prestación y divulgación de servicios de salud sexuales y reproductivos, incluida la planificación familiar, la atención prenatal y postnatal.
- Mejorar la higiene en el trabajo y proteger el medio ambiente. Para ello se exige que el Estado adopte medidas destinadas específicamente a prevenir accidentes laborales y enfermedades profesionales y a evitar que el suelo y los recursos hídricos y naturales sean contaminados por sustancias nocivas y elementos patógenos⁶⁴. De ahí, la necesidad de que se introduzcan disposiciones que permitan la adecuada eliminación de los recursos sólidos y líquidos, para el control de las enfermedades y la prevención de la contaminación del suelo y de las aguas, por medio de una adecuada prestación de los servicios de alcantarillado y aseo.
- Prevenir, tratar y luchar contra las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole. Lo anterior requiere, en palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

(...) que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular, el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa la salud sexual y reproductiva, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género⁶⁵.

62 Informe del Relator Especial. E/CN.4/2003/58, párrafo 57

63 Cf. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 14.

64 Cf. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 15. *Observación general No. 15*, párrafo 8.

65 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 16.

-
- Adicionalmente, debe asegurarse la prestación de los servicios de alcantarillado, acueducto y aseo, pues se considera que la ausencia de ellos está asociada con la presencia de enfermedades infecto-contagiosas, las cuales, en muchos casos, son causa de muerte, especialmente entre la población infantil. Es importante también garantizar a la población el suministro de agua de buena calidad, pues se considera que aproximadamente el 80% de las enfermedades se transmiten a través de agua contaminada⁶⁶.
 - Crear condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Estrechamente ligado con lo anterior, el cumplimiento de este objetivo incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud. Ello involucra el componente de aceptabilidad en cuanto se exige que se fomente la participación de la población en el diseño de la política pública en materia de salud, lo cual incluye la organización del sector salud y la prestación de los servicios médicos y curativos⁶⁷.

Según se observa, el cumplimiento de estos objetivos implica articular la política pública en torno a los elementos de disponibilidad y accesibilidad. Sin lugar a dudas, la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación no sólo exigen proveer la infraestructura necesaria y adecuada, sino también que la población pueda efectivamente acceder a los servicios de salud y a los factores relacionados con ella.

4. SÍNTESIS DE LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO PARA LA REALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Del marco normativo del derecho humano a la salud, entendido desde una perspectiva integral, se desprende un conjunto amplio y variado de responsabilidades y obligaciones para los Estados parte del PIDESC. Varios criterios han sido sugeridos para recoger, clasificar y sistematizar el abigarrado conjunto de obligaciones que atraviesa el derecho a la salud.

Atendiendo a lo dispuesto en los instrumentos internacionales de derechos humanos, es posible identificar por lo menos tres tipos de obligaciones del Estado. El primer tipo corresponde al momento del cumplimiento de la obligación (obligaciones con efecto inmediato y de cumplimiento progresivo). El segundo da cuenta del carácter positivo (activo) o negativo (pasivo) de la actuación que se demanda del Estado (obligaciones de proteger, respetar y cumplir). El tercero fija el contenido concreto de las actuaciones que debe adelantar el Estado en orden a asegurar niveles esenciales de realización del derecho (obligaciones básicas).

4.1. Obligaciones de efecto inmediato y de cumplimiento progresivo

La plena realización del derecho a la salud, entendido desde una perspectiva integral, es un objetivo que debe alcanzarse por los Estados de manera progresiva, adoptando medidas y destinando para ello hasta el máximo de los recursos disponibles. Lo anterior, en modo alguno significa que los Estados puedan aplazar indefinidamente la realización del derecho a la salud y, en general, de los

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud. Citado por Jean ZIEGLER, Relator Especial sobre el derecho a la alimentación. Informe preparado de conformidad con la resolución 2001/25 de la Comisión de Derechos Humanos. A/56/210. Julio 23 de 2001. Párrafo 59.

⁶⁷ Cfr. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 17.

demás derechos económicos, sociales y culturales. Conforme a lo dispuesto en las Observaciones Generales 14 y 15 y en los Principios de Limburgo, relativos a la aplicación del PIDESC, el deber de realización progresiva exige que los Estados encaminen sus esfuerzos en esa dirección tan rápido como les sea posible y que garanticen el uso y manejo adecuado de los recursos disponibles.

Además de lo anterior, los Estados no pueden apoyarse en la falta de recursos para eludir el cumplimiento de un conjunto de obligaciones que el PIDESC califica como de efecto inmediato. Las obligaciones de adoptar medidas que conduzcan a la realización del contenido mínimo esencial del derecho a la salud y de garantizar que su ejercicio se realice sin discriminación son obligaciones de efecto inmediato. También puede considerarse de efecto inmediato la obligación que tienen los Estados de abstenerse de adoptar medidas que impliquen un retroceso en la realización del derecho a la salud.

4.2. Obligaciones de respetar, de proteger y de cumplir

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados obligaciones de respetar, de proteger y de cumplir:

Las obligaciones de respetar exigen a los Estados evitar impedir u obstaculizar, de cualquier forma o por cualquier medio, el disfrute del derecho a la salud y de sus factores determinantes. Lo anterior supone, entre otras cosas, abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, a partir de criterios discriminatorios, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, así como a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva. Además deben abstenerse de

(...) censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, (así como de) prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas⁶⁸.

La observancia de las obligaciones de respeto exige, adicionalmente, a los Estados abstenerse de realizar prácticas que puedan aportar elementos contaminantes a la atmósfera, la tierra o el agua, o que puedan generar efectos nocivos para la salud de las personas. En el marco de los conflictos armados, desastres naturales o situaciones de emergencia, esta obligación comprende

(...) la protección de los objetos indispensables para la supervivencia de la sociedad civil, incluidas las instalaciones y reservas de agua potable y las obras de regadío, así como la protección del medio natural contra daños generalizados, graves y a largo plazo y la garantía de que los civiles, los reclusos y los presos tenga acceso al agua potable⁶⁹.

Para cumplir con las obligaciones de proteger, los Estados deben evitar que el ejercicio del derecho a la salud y el disfrute de sus factores determinantes sean obstaculizados por terceros. Ello supone, entre otras cosas,

68 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 34.

69 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 15*, párrafo 22.

(...) adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención en salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud; controlar la comercialización del equipo médico y los medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología⁷⁰.

Implica, adicionalmente, adoptar medidas para impedir la contaminación de las fuentes de agua y para evitar que quienes las controlan o explotan “menoscaben el acceso físico, en condiciones de igualdad y a un costo razonable, a recursos de agua suficientes, salubres y aceptables”⁷¹.

Las obligaciones de cumplir, finalmente, exigen que los Estados adopten medidas positivas y efectivas que permitan a los individuos y a las comunidades disfrutar del derecho a la salud y de sus factores determinantes. Con tal fin es necesario que los Estados garanticen la atención básica en salud, en particular, estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, proporcionando servicios de salud sexual y reproductiva. Así mismo, deben velar por el acceso igual de todos a los factores básicos determinantes de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda, y condiciones de vida adecuadas, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas y, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños. Es igualmente preciso que los Estados velen por la adecuada formación del personal médico y por la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como “la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país”⁷².

El cumplimiento de las anteriores obligaciones debe garantizarse por “todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas”⁷³. Ello significa, a juicio del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que la obligación de adoptar medidas pasa por la adopción de medidas legislativas pero no se agota en ella. Se reconoce así que, si bien en muchos casos tales medidas son deseables e, incluso, indispensables, en muchos otros, pueden existir otras medidas que, por ser más apropiadas e idóneas para cumplir con las obligaciones contraídas, deberán ser preferidas por el Estado. Entre tales medidas cabe señalar fundamentalmente la de ofrecer recursos judiciales para hacer justiciables⁷⁴ los derechos constitucional e internacionalmente reconocidos, así como las disposiciones de carácter administrativo, financiero, educacional y social.

4.3. Obligaciones básicas

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado insistentemente que los Estados parte del PIDESC tienen la obligación fundamental de “asegurar como mínimo, la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención

70 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 35.

71 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 15*, párrafos 23 y 24.

72 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 36.

73 PIDESC, artículo 2.1.

74 Un derecho se considera justiciable cuando existe para su titular la posibilidad de acudir ante los tribunales y demandar su protección en caso de que su ejercicio se encuentre amenazado o limitado por la acción de un tercero.

primaria básica de la salud”⁷⁵. Esta obligación es inderogable y, por tal motivo, su incumplimiento no puede ser justificado por el Estado bajo ninguna razón o circunstancia. De allí que a partir de la inobservancia de tales obligaciones sea procedente presumir la existencia de una violación del derecho a la salud y de los compromisos internacionales contraídos por el Estado colombiano en virtud del PIDESC.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que el aseguramiento de los niveles esenciales del derecho a la salud exige el cumplimiento de, como mínimo, las siguientes obligaciones: (i) garantizar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud, así como al agua, a las instalaciones y a los servicios de agua, sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; (ii) asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura (iii); garantizar el acceso a una vivienda y a unas condiciones sanitarias básicas, así como al suministro de una cantidad esencial mínima de agua, que sea suficiente para el uso personal y doméstico; (iv) facilitar medicamentos esenciales; (v) velar por una distribución equitativa de los bienes y servicios de salud; (vi) adoptar y aplicar, sobre la base de 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; (vii) adoptar y aplicar una estrategia y plan de acción nacionales sobre el agua para toda la población; (viii) velar por que no se vea amenazada la seguridad personal cuando las personas tengan que acudir a obtener agua; (ix) adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, velando particularmente por el acceso a unos servicios de saneamiento adecuados; y (x) velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones y servicios de agua disponibles⁷⁶.

75 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*, párrafo 43. En el mismo sentido, *Observación general No. 3*, párrafo 10.

76 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14 y 15*, párrafos 43 y 37, respectivamente.

CUADRO No. 2 **Obligaciones del Estado para la realización del derecho a la salud**

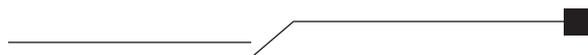
COMPONENTE DEL DERECHO	OBLIGACIONES GENERALES	OBLIGACIONES REFERIDAS A SUJETOS Y GRUPOS POBLACIONALES DE ESPECIAL PROTECCIÓN
Disponibilidad	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar medicamentos esenciales (OG14CDESC, párr. 43). 2. Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37). 3. Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de salud pública y de recursos hídricos sobre la base de un proceso participativo y transparente (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr. 26). 4. Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacional de agua para toda la población (OG15CDESC, párr. 37). 5. Adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, en particular velando por el acceso a unos servicios de saneamiento adecuados (OG15CDESC, párr. 37). 6. Desarrollar una política de salud mental (PPEM, p.1, IRE, párr. 91). 7. Adoptar medidas para garantizar que los profesionales de la salud gocen de condiciones salariales y laborales adecuadas (IRE, párr. 96). 8. Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, Art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C161OIT, Art. 2 y 3.1). 9. Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, Art. 12.2.c, PSS, Art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). 10. Proteger las instalaciones y reservas de agua potable, así como las obras de regadío, durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales (OG15CDESC, párr. 22). 11. Adoptar medidas para evitar la transmisión del VIH de madres a hijos (OG3CDN, párr. 26). 12. Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36). 13. Garantizar la exigibilidad judicial del derecho a la salud (PIDESC, Art. 2, OG3CDESC, párr. 5). 14. Respetar y proteger al personal sanitario. (PII, art. 8). 15. Abstenerse de obligar al personal médico a realizar actos ni a efectuar trabajos contrarios a la deontología u otras normas médicas destinadas a proteger a los heridos y enfermos (PII, art. 10) <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C169OIT, Art. 24). 2. Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47). 3. Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47). 4. Suministrar los servicios especializados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, así como programas eficaces de rehabilitación y capacitación (CBDP, Art. 8.d y 8.f). 5. Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad (OG14CDESC, párr. 44). 	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños (CDN, Art. 24.2.a., PIDESC, Art. 12.2.a, OG14CDESC, párr. 22). 2. Adoptar medidas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud (CDN, Art. 24.2.b). 3. Adoptar medidas para combatir las enfermedades y la malnutrición infantil en el marco de la atención primaria en salud (CDN, Art. 24.2.c). 4. Adoptar medidas para asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres (CDN, Art. 24.2.d, CETFDCM, Art. 12.2). 5. Adoptar medidas para reducir la morbimortalidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31). 6. Velar por que las mujeres en situaciones especialmente difíciles como las que se encuentran en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección y servicios de salud (RG24CEDAW, párr. 16). 7. Adoptar medidas para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos (OG4CDN, párr. 12). 8. Proporcionar al personal sanitario la ayuda necesaria para el desempeño de sus funciones (PII, art. 9). <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ofrecer a las personas mayores servicios de prevención y curación y rehabilitación de la enfermedad (OG6CDESC, párr. 35 OG14CDESC, párr. 25). 2. Ofrecer a los reclusos a disponer de servicios médicos y odontológicos, así como de instalaciones sanitarias adecuadas, agua suficiente y salubre y de instalaciones adecuadas para el tratamiento de las reclusas embarazadas (RMPTR, Art. 12, 22, 23, OG15CDESC, párr. 16). 3. Velar por que se ponga a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad (C169OIT, Art. 25.1). 4. Proporcionar escuelas e instalaciones recreativas que funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, como por ejemplo la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela (OG4CDN, párr. 17). 5. Reglamentar o prohibir la información y la comercialización relativa a sustancias como el alcohol y el tabaco, especialmente cuando están dirigidas a niños y adolescentes (OG4CDN, párr. 25). 6. Ofrecer a los adolescentes con perturbaciones mentales tratamiento y rehabilitación adecuados (OG4CDN, párr. 29).

COMPONENTE DEL DERECHO	OBLIGACIONES GENERALES	OBLIGACIONES REFERIDAS A SUJETOS Y GRUPOS POBLACIONALES DE ESPECIAL PROTECCIÓN
Disponibilidad	<ol style="list-style-type: none"> 6. Garantizar que exista un número suficiente de hospitales, clínicas, centros, bienes y servicios de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (OG14CDESC, párr. 36). 7. Ampliar los servicios de saneamiento, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños (OG15CDESC, párr. 29). 8. Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, Art. 10.2.b). 9. Incluir planes de acción, estrategias, políticas y programas relacionados con el VIH/SIDA en la labor de los organismos nacionales encargados de vigilar y coordinar la observancia de los derechos de los niños (OG3CDN, párr. 40.d). 10. Promocionar y apoyar la creación de instituciones que presten servicios de salud mental (OG14CDESC, párr. 36). 	
Acceso	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el acceso a los centros, bienes, servicios de salud e instalaciones y servicios de agua sobre una base no discriminatoria (CETFDCM, Art. 12.1, OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37). 2. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura (OG14CDESC, párr. 43). 3. Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como al suministro de una cantidad esencial de agua potable que sea suficiente para el uso personal y doméstico (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37). 4. Adoptar medidas y estrategias para garantizar que los pagos por suministro de agua estén basados en el principio de equidad (OG15CDESC, párr. 27). 5. Vigilar que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y a los servicios relacionados con la salud (OG14CDESC, párr. 35). 6. Adoptar medidas para que se difunda información adecuada acerca del uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua (OG15CDESC, párr. 25). 7. Abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente la información relacionada con la salud, incluida la educación y la información sobre la sexualidad (OG3CDN, párr. 16). 8. Proteger la confidencialidad de las pruebas de detección del VIH, tanto en el marco de la atención sanitaria como en el sistema público de salud y velar porque no se revelen sin el consentimiento del interesado (OG3CDN, párr. 24). 9. Revisar la legislación a fin de prohibir expresamente la discriminación basada en un estado serológico real o supuesto en relación con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 40.c). 10. Garantizar el acceso a la atención primaria básica de la salud (PIDESC, Art. 10.2.a, OG14CDESC, párr. 43). 11. Ofrecer, en la medida de lo posible y en el plazo más breve, a los heridos, enfermos y náufragos, hayan tomado parte o no en el conflicto armado, los cuidados médicos que exija su estado (PII, art. 7). <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir la pobreza mediante la adopción de una estrategia fundada en el respeto del derecho a la salud (IRE, párr. 70). 	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suprimir todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, métodos anticonceptivos, educación e información suficiente en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva (OG14CDESC, párr. 21, RG24CEDAW, párr. 18, IRE, párr. 65). 2. Velar por que en el sector público y privado de la salud se cumpla el principio de no discriminación de hecho y de derecho para las personas con discapacidad (OG14CDESC, párr. 26, IRE, párr. 67). 3. Adoptar medidas para que los pueblos indígenas y las minorías raciales puedan acceder sin discriminación y sin dificultad a los servicios de salud (OG14CDESC, párr. 27, IRE, párr. 66). 4. Asegurar a las personas en situación de desplazamiento el acceso libre a servicios médicos y de saneamiento esenciales, alojamiento y vivienda básicos, y alimentos esenciales y agua potable (OG15CDESC, párr. 16, PRDI, Art. 18). 5. Adoptar medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia (IRE, párr. 68). 6. Proteger a la misión médica y a las víctimas del conflicto armado (PII, Art. 7, 9) <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar instalaciones, bienes y servicios sanitarios que sean accesibles a todos los adolescentes con discapacidades y conseguir que esas instalaciones y servicios promuevan su autoconfianza y su participación activa en la comunidad (OG4CDN, párr. 35). 2. Velar por la aplicación de las estrategias recomendadas por los organismos de las Naciones Unidas a fin de prevenir la infección por el VIH en los lactantes y los niños de corta edad (OG3CDN, párr. 25). 3. Velar por que los niños y adolescentes tengan acceso continuo, en igualdad de condiciones a tratamientos y cuidados completos, incluida la prescripción de los fármacos necesarios relacionados con el VIH, y a bienes y servicios sin discriminación (OG3CDN, párr. 28, OG4CDN, párr. 30). 4. Velar porque todos los niños y adolescentes, incluso los que padecen discapacidad o emplean una lengua diferente, tengan acceso a información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes, prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales (OG3CDN, párr. 16 y 17, OG4CDN, párr. 10).

COMPONENTE DEL DERECHO	OBLIGACIONES GENERALES	OBLIGACIONES REFERIDAS A SUJETOS Y GRUPOS POBLACIONALES DE ESPECIAL PROTECCIÓN
Acceso	<ol style="list-style-type: none"> 2. Proporcionar seguro médico y centros de atención en salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes (OG14CDESC, párr. 19). 3. Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de la salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades (PSS, Art. 10.2.e, OG14CDESC, párr. 44). 4. Fomentar el reconocimiento de factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud (OG14CDESC, párr. 37). 5. Negociar con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible (OG3CDN, párr. 28). 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Ofrecer a los menores servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 20).
Aceptabilidad	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar medidas apropiadas y eficaces para abolir las prácticas culturales que son lesivas del derecho a la salud (CDN, Art. 24.3, CBDP, Art. 7.e, RG24CEDAW, párr. 15.d, OG14CDESC, párr. 35). 2. Velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (OG14CDESC, párr. 37). 3. Proteger las plantas medicinales y los animales que resultan necesarios para el disfrute del derecho a la salud de los pueblos indígenas (OG14CDESC, párr. 27). 4. Abstenerse de prohibir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales (OG14CDESC, párr. 34). 5. Garantizar que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (OG14CDESC, párr. 12-c). <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen los servicios de salud y para que planifiquen, ejerzan y controlen su acceso al agua (OG14CDESC, párr. 27, OG15CDESC, párr. 16). 	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que los servicios de salud que se ofrecen a los pueblos indígenas sean apropiados desde el punto de vista cultural (C169OIT, Art. 25.2, OG14CDESC, párr. 27). 2. Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer (OG14CDESC, párr. 31.a, RG24CEDAW, párr. 9). 3. Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la intimidad, consentimiento, confidencialidad, autonomía y opción con conocimiento de causa (RG24CEDAW, párr. 31.e). 4. Las políticas y programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA deben resultar acordes con el principio de interés superior del niño y deben ser receptivos a sus necesidades y deben tener en cuenta las diferencias de sexo, edad, contexto social, económico y político (OG3CDN, párr. 10, 20 y 21).
Calidad	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el ejercicio del derecho a la salud y del derecho al agua mediante la aplicación de indicadores y bases de referencia (OG14CDESC, párr. 52, OG15CDESC, párr. 37). 2. Vigilar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por terceros y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología (OG14CDESC, párr. 35). 3. Garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados, seguros y de buena calidad (OG14CDESC, párr. 36). <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (PSS, Art. 10.2.f). 2. Fomentar la investigación en salud (OG14CDESC, párr. 36). 3. Velar por la apropiada formación de los facultativos y demás personal médico (OG14CDESC, párr. 36). 	<p>- De efecto inmediato</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que las instituciones, servicios y establecimientos encargados de la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad y competencia de su personal (CDN, Art. 3.3). 2. Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad de acceso y la calidad de la atención (RG24CEDAW, párr. 31.d). <p>- De cumplimiento progresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Velar por que todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes (NUSIOPD, artículo 2.4). 2. Velar por que el personal médico, paramédico y personal conexo sea debidamente capacitado para que pueda prestar asesoramiento apropiado a los padres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos (NUSIOPD, Art. 2.5).

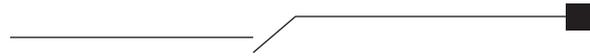
COMPONENTE DEL DERECHO	OBLIGACIONES GENERALES	OBLIGACIONES REFERIDAS A SUJETOS Y GRUPOS POBLACIONALES DE ESPECIAL PROTECCIÓN
Calidad	<ol style="list-style-type: none">4. Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos (OG14CDESC, párr. 44).5. Asegurar que las escuelas e instalaciones recreativas que funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, mediante, por ejemplo, la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela (OG4CDN, párr. 17)	

SEGUNDA PARTE



EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A LA LUZ DEL DERECHO A LA SALUD

CAPÍTULO I.



MARCO DE REFERENCIA PARA EL DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El disfrute de la salud que permita vivir dignamente requiere que los Estados, además de suscribir y ratificar oficialmente los tratados internacionales en materia de derechos humanos, desarrollen políticas públicas que materialicen la realización de este derecho.

El Estado colombiano es suscriptor de los principales tratados internacionales que asumen la salud como derecho humano, por lo cual tiene un conjunto de obligaciones que deben conducir a que en el país se realice plenamente el derecho a la salud en beneficio de toda la población, sin ningún tipo de discriminaciones y desigualdades.

Con base en las obligaciones que Colombia ha adquirido como Estado Parte de los principales instrumentos del derecho internacional del derecho humano a la salud y las que le asigna la Constitución Política y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo, a través de su Delegada de Políticas Públicas, pretende hacer un seguimiento al conjunto de políticas públicas en salud, con el propósito de indagar hasta dónde éstas contribuyen a la realización del derecho a la salud y para identificar aquellas barreras que dificultan su concreción.

Este documento deberá ser entendido como un Protocolo, sustentado en los elementos esenciales del derecho a la salud y las obligaciones que se derivan para el Estado colombiano, marco de referencia para el ejercicio de seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud. A través del ejercicio propuesto, se definió una metodología, se construyó un sistema de indicadores, y, finalmente, se diseñó el instrumento de medición que deberá ser diligenciado por los diferentes actores gubernamentales que formulan, deciden y ejecutan las políticas públicas en salud en Colombia. Lo anterior, en la perspectiva de obtener información que nos sirva de base para elaborar un informe final sobre el grado de realización de este derecho en el país.

I. JUSTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Con el fin de detectar si las políticas públicas diseñadas y ejecutadas contribuyen efectivamente a garantizar que todas las personas disfruten plenamente del derecho a la salud, el Estado necesita de mecanismos técnicos que le permitan medir los avances alcanzados. De acuerdo con el Comité

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la aplicación combinada de indicadores y bases de referencia nacionales en la esfera del derecho a la salud es el mecanismo más apropiado para estos efectos⁷⁷.

La importancia y utilidad de los indicadores también ha sido reconocida por otras instancias del sistema de Naciones Unidas. En particular el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha señalado que

(...) los indicadores estadísticos son un poderoso instrumento en la lucha por los derechos humanos. Permiten que las personas y las organizaciones, desde los activistas de base y la sociedad civil hasta los gobiernos y las Naciones Unidas, distingan los actores importantes y exijan responsabilidad por sus acciones⁷⁸.

En similar sentido, el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud ha manifestado que “los indicadores de derechos humanos son cruciales para ayudar a los Estados y a otros actores a reconocer cuándo se necesitan ajustes normativos nacionales e internacionales”⁷⁹.

Recogiendo expresamente el enfoque del PNUD, el Relator ha señalado que los indicadores pueden utilizarse como instrumento para:

- Formular mejores políticas y vigilar los progresos realizados;
- Determinar los efectos no deseados de leyes, políticas y prácticas;
- Determinar qué actores están influyendo en la realización de los derechos;
- Establecer si esos actores están cumpliendo con sus obligaciones;
- Advertir de antemano posibles violaciones y adoptar medidas preventivas;
- Fortalecer el consenso social respecto de decisiones difíciles que deban adoptarse frente a la limitación de recursos;
- Sacar a la luz cuestiones que han sido desatendidas o silenciadas.

Con fundamento en lo anterior, la Defensoría del Pueblo, a través del Programa PROSEDHER de la Delegada de Políticas Públicas, ha considerado relevante construir de un sistema de indicadores que permita dar cuenta del estado de realización del derecho a la salud en el país. Como quiera que los indicadores constituyen, ante todo, un instrumento para la defensa, promoción y protección de este derecho, se considera que un ejercicio de estas características puede constituirse en una herramienta eficaz para fortalecer los procesos de exigibilidad del derecho a la salud y para contribuir a que el disfrute de este derecho sea una realidad para todos.

77 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general No. 14. El derecho a disfrute del más alto nivel posible de salud.* Párrafos 27 y 58.

78 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Citado por Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe provisional. A/58/427. Octubre 10 de 2003. Párrafo 7.

79 *Ibid.*

2. DEFINICIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento de medición para el seguimiento y evaluación de la política pública de salud, en perspectiva de derechos humanos, es un formulario integrado por un conjunto de preguntas e indicadores diseñados para monitorear la efectividad de las medidas adoptadas por el Estado en sus distintos niveles. Posteriormente, se elaborará un informe que dará cuenta del grado de realización del derecho a la salud en los términos dispuestos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución Política, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y la legislación nacional, a fin de promover las obligaciones de respetar, cumplir y proteger este derecho.

El instrumento de medición incorpora preguntas e indicadores del derecho a la salud, acogiendo los planteamientos del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁸⁰. El instrumento presenta, entonces, un conjunto de indicadores del derecho a la salud, algunos de los cuales no coinciden necesariamente con los indicadores de la salud hasta ahora existentes en el país.

Los indicadores del derecho a la salud propuestos tienen características particulares:

- Se derivan de normas concretas del derecho a la salud, reflejan esas normas y vigilan su cumplimiento con miras a lograr la rendición de cuentas de los responsables;
- Reflejan los principios fundamentales de los derechos humanos, incluidas la no discriminación y la igualdad;
- Atienden problemas específicos de los grupos vulnerables y desfavorecidos,
- Recogen el principio de no regresividad que caracteriza a los derechos económicos, sociales y culturales;
- Se orientan a identificar los progresos alcanzados a lo largo del tiempo.

3. OBJETIVOS DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

3.1. Objetivo general

Generar un sistema de información que permita establecer el grado de realización del derecho a la salud en Colombia mediante un conjunto de indicadores conducentes a evaluar la efectividad de las políticas públicas diseñadas y ejecutadas por el Estado para garantizar su respeto, protección y realización.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar si el Estado está cumpliendo, y en qué grado, sus obligaciones de respeto, protección y cumplimiento del derecho a la salud.
- Determinar si el diseño e implementación de las políticas públicas en salud son coherentes con el sentido de las obligaciones del Estado: no discriminación, no regresividad y adopción de medidas concretas con recursos suficientes para la realización del derecho a la salud.

80 *Ibíd.* Párrafo 10.

- Establecer la efectividad de las medidas legislativas, presupuestales, económicas y de política pública, adoptadas por el Estado para proteger y promover la efectiva realización del derecho a la salud.
- Identificar aciertos y posibles vacíos de las políticas públicas en salud para hacer efectiva la realización del derecho.
- Identificar problemas concretos que limiten la realización del derecho a la salud, especialmente en los sujetos y grupos poblacionales vulnerables.
- Disponer de información que oriente el diseño y ejecución de las políticas públicas de salud con fundamento en la realización del derecho.
- Generar información que permita rendir informes periódicos sobre el estado de realización del derecho a la salud en el país, así como identificar los progresos y retrocesos atribuibles a las políticas públicas diseñadas y ejecutadas en dicho sector.
- Aportar herramientas jurídicas y técnicas para el fortalecimiento de los procesos de exigibilidad judicial del derecho a la salud.
- Contribuir a que la perspectiva del derecho a la salud sea incorporada en los procesos de planeación, procesamiento y análisis de información estadística, así como en el seguimiento y evaluación de política pública que adelantan en el país las instituciones públicas y privadas.

4. CRITERIOS PARA EL DISEÑO DE LOS INDICADORES

Los indicadores facilitan la interpretación precisa sobre una situación de interés, en circunstancias determinadas de tiempo, modo y lugar; a partir de un conjunto de relaciones cualitativas o cuantitativas que dan cuenta del comportamiento de una o más variables, y que contribuyen a medir cambios⁸¹.

Para facilitar una lectura precisa sobre el estado de realización del derecho a la salud en el país los indicadores deben formularse atendiendo a los siguientes criterios:

- *Validez*: el indicador debe medir lo que dice medir⁸²;
- *Objetividad*: la respuesta debe ser la misma si es medida por diferentes personas en circunstancias similares⁸³;
- *Sensibilidad*: los indicadores deben ser sensibles a los cambios de situación⁸⁴;
- *Especificidad*: los indicadores deben reflejar cambios sólo en la situación a la que se refieren⁸⁵;
- *Sustento normativo*: todos los indicadores están sustentados en una o varias obligaciones del Estado dispuestas en el marco normativo integrado por los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución Política y la jurisprudencia de la Corte Constitucional;

81 Defensoría del Pueblo. *Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública Educativa a la Luz del Derecho a la Educación*. Bogotá, 2004. p. 61. En el mismo sentido véase Ana Barrios. *Indicadores de Medición, Aspectos Metodológicos y Estrategias de Exigibilidad del Derecho a la Salud*, en: Seminario Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Indicadores para su Exigibilidad y Vigilancia Social. Plataforma Sudamericana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Bogotá. 1999.

82 Roberto Hernández, Carlos Fernández, Pilar Baptista. *Metodología de la investigación*. Segunda Edición. MC Graw Hill, 1999.p. 64.

83 Organización Mundial de la Salud. Citado por Ana Barrios. Op. Cit. p. 23.

84 *Ibíd.*

85 *Ibíd.*

- *Pertinencia*: los indicadores deben medir aspectos relevantes de la problemática de salud;
- *Capaces de medir a lo largo del tiempo*: los indicadores deben poderse aplicar en distintos tiempos y lugares, de manera que se puedan determinar avances o retrocesos;
- *Susceptibles de desagregar*: los indicadores deben recoger información desagregada para dar cuenta de la situación de las personas y grupos sociales minoritarios y tradicionalmente discriminados;
- *Concebidos para separar*: siempre que resulte posible, los indicadores deben poder permitir separar al evaluador del evaluado, para reducir al mínimo los conflictos de interés que surgen cuando un actor supervisa su propio desempeño.

5. TIPOLOGÍA DE LOS INDICADORES EMPLEADOS

El instrumento de medición recoge la tipología propuesta por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁸⁶:

- *Indicadores estructurales*: determinan si existen estructuras, sistemas y mecanismos relacionados con determinada cuestión. Un indicador estructural del derecho a la salud determinaría si se han establecido estas condiciones consideradas necesarias para la realización o la promoción del derecho a la salud.
- *Indicadores de proceso*: proporcionan información sobre los procesos mediante los cuales se aplican las políticas de salud. Estos indicadores miden el grado de realización de las actividades necesarias para alcanzar algunos objetivos de salud y los progresos de esas actividades en el transcurso del tiempo.
- *Indicadores de evolución*: miden los resultados de las políticas relacionadas con la salud y suelen reflejar múltiples procesos interrelacionados que determinan colectivamente un resultado.

De otro lado, el instrumento de medición recoge la tipología de indicadores propuesta por la Organización Mundial de la Salud para evaluar y monitorear la estrategia de salud para todos definida en la Declaración de Alma Ata de 1978⁸⁷.

- *Indicadores de política sanitaria*: comprenden aspectos relativos a las políticas generales aplicadas por el Estado en materia sanitaria y reflejan: el compromiso político, la asignación de recursos, la equidad en la distribución de dichos recursos, el grado de participación de la comunidad, la estructura orgánica y el proceso de gestión.
- *Indicadores sociales y económicos*: contemplan aspectos demográficos, económicos, educativos, de distribución de ingresos, de condiciones de trabajo, de vivienda, de disponibilidad de alimentos.
- *Indicadores de la prestación de atención de salud*: evalúan los servicios de atención en salud en aspectos de cobertura, calidad, recursos técnicos, recursos de personal.

86 Provisional del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt. A/58/427. Octubre 10 de 2003. Párrafos 14 a 29.

87 Organización Mundial de la Salud. Citado por Ana Barrios. Op. Cit. p. 26.

- *Indicadores del estado de salud:* miden la situación de salud física y mental de la población a partir de tasas⁸⁸ discriminadas por grupos de edad en aspectos de morbilidad, de mortalidad, de fecundidad, de incapacidad.

6. MARCO NORMATIVO PARA EL DISEÑO DE LAS PREGUNTAS Y LOS INDICADORES

Los indicadores formulados y las preguntas enunciadas están fundamentadas en los derechos y obligaciones del Estado y los principios que se derivan del marco normativo integrado tanto por los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución Política y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, como por las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adicionalmente, se han tomado en consideración los informes preparados por el señor Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En el siguiente cuadro se hace una recolección de las normas, instrumentos y observaciones de los que se derivan los indicadores y preguntas del instrumento.

CUADRO No. 3. Normas, instrumentos, observaciones y recomendaciones de los que se derivan los indicadores y preguntas del instrumento.

NATURALEZA	NORMAS, INSTRUMENTOS, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Nacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Colombia • Ley 100 de 1993. • Ley 715 de 2001 • Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social • Decretos • Resoluciones • Circulares • Jurisprudencia de la Corte Constitucional
Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración Universal de Derechos Humanos • Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales • Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) • Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) • Convenios de Ginebra y Protocolos Adicionales • Convención sobre los Derechos del Niño • Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial • Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer • Convenio 161 de la OIT sobre los Servicios de Salud en el Trabajo • Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer • Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad • Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad • Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos • Principios Rectores de los Desplazamientos Internos • Observación General No. 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la índole de las Obligaciones de los Estados Parte. • Observación General No. 5 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa a los Derechos de las Personas con Discapacidad

88 Se entiende por tasa una medida que expresa la frecuencia con la cual se presenta determinado evento en el tiempo. Una tasa expresa el número de casos que ocurren por unidad de tiempo y, de modo similar a como lo hace una proporción, también expresa el riesgo que tienen las personas de enfermar o morir.

NATURALEZA	NORMAS, INSTRUMENTOS, OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Observación General No. 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores • Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa al Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud • Observación General No. 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el Derecho al Agua • Observación General No. 3 del Comité de los Derechos del Niño, relativa al VIH/SIDA y los derechos del niño • Observación General No. 4 del Comité de los Derechos del Niño, relativa a la Salud y Desarrollo de los Adolescentes • Recomendación No. 24 del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, sobre la Mujer y la Salud • Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental. E/CN.4/2003/58. Febrero 13 de 2003. • Informe provisional del Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental. A/58/427. Octubre 10 de 2003.

7. METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La Defensoría del Pueblo, a través de este Protocolo, pretende generar un proceso de evaluación de las políticas públicas en salud, desde los referentes concretos del contenido esencial del derecho a la salud y las respectivas obligaciones que en esta materia tiene el Estado colombiano. Todo ello, teniendo en cuenta el conjunto de metodologías de evaluación que se realizan para las políticas públicas y las experiencias de otros países en la construcción de sistemas de indicadores para el monitoreo de la realización de derechos económicos, sociales y culturales.

El Protocolo es una herramienta para el seguimiento y evaluación permanente de las distintas acciones del Estado (medidas legales, políticas, financieras, administrativas, de control y vigilancia) dirigidas a respetar, proteger y cumplir la realización integral y progresiva del derecho a la salud en Colombia.

El punto inicial de referencia es el conjunto de obligaciones que se derivan para el Estado de los instrumentos internacionales del derecho a la salud y de los propios instrumentos nacionales, principalmente los constitucionales, que a su vez por la vía del artículo 93 de la Constitución Política y el concepto de 'bloque de Constitucionalidad' están enmarcados en las obligaciones definidas en el plano internacional de los derechos humanos.

Como primer paso metodológico se determinó el contenido esencial del derecho a la salud, para luego, definir el conjunto de obligaciones estatales. Una vez precisadas las obligaciones a las que se les haría seguimiento, se identificaron los indicadores relacionados con su cumplimiento. Algunos de los indicadores son tradicionales del sector; otros han sido propuestos por el equipo de trabajo. Estos indicadores fueron seleccionados con la intención de determinar el grado de realización del derecho a la salud en relación con los cuatro elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), establecidos por el CDESC en la Observación General No. 14., que fueron tomados como las categorías para el ordenamiento del instrumento y para el posterior análisis.

De esta forma uno de uno de dichas categorías de análisis contiene una serie de indicadores cualitativos y cuantitativos, a través de los cuales se realiza el seguimiento y la evaluación (S y E) al conjunto de obligaciones del Estado en materia del derecho a la salud y se establece el estado de realización de este derecho en Colombia.

Metodológicamente, el diseño del instrumento de medición y su aplicación comprenden varias fases⁸⁹:

7.1. Análisis de las políticas públicas en salud

Esta fase comprende el análisis del conjunto de políticas públicas que desde 1993 ha definido el conjunto del sector salud en Colombia. Con ello se identificó la estructura institucional y normativa que define la política pública en salud, los mecanismos de control y de participación ciudadana establecidos legal y reglamentariamente, así como las problemáticas más relevantes que afectan la realización del derecho a la salud en el país⁹⁰.

7.2. Descripción del contenido del derecho a la salud y de las obligaciones que su realización le define al Estado colombiano

Esta fase comprende el estudio de los derechos y obligaciones del Estado que se derivan del marco normativo integrado tanto por los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución Política y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, como por las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los informes preparados por el señor Paul Hunt, Relator Especial de Naciones Unidas para el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁹¹.

7.3. Definición de los indicadores y del instrumento de medición

Una vez precisado el contenido del derecho a la salud, el conjunto de obligaciones que para su realización se impone al Estado y los aspectos fundamentales del funcionamiento del sector salud, se definen los indicadores más relevantes para el seguimiento y la evaluación de la política pública. Estos se organizaron de acuerdo con los cuatro (4) elementos esenciales del derecho: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

A partir de la definición del conjunto de indicadores se construyó la hoja de vida, en la cual se describen aspectos fundamentales de cada uno, manteniendo su clasificación de acuerdo con los cuatro elementos esenciales del derecho.

7.4. Validación de referentes e instrumento de medición

Los indicadores y la estructura del instrumento de medición fueron discutidos con expertos en el tema de salud (representantes del Ministerio de la Protección Social, del Departamento Nacional de Planeación, de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, de la Contraloría General de la Nación, de las universidades, agencias de cooperación internacional) y con algunos sectores de la sociedad civil (indígenas, comunidades negras, asociaciones de usuarios de los ser-

89 Defensoría del Pueblo. Delegada de políticas públicas. Programa PROSEDHER. Guía general para el trabajo operativo conjunto y elaboración de protocolos. Documento de trabajo. Bogotá. 2002.

90 Luis Sierra. *Sistema de Seguridad Social en Salud*. Delegada de Políticas Públicas. Programa PROSEDHER. Borrador de trabajo. Bogotá. 2002.

91 Ver Defensoría del Pueblo. *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Op. cit. Pág. 45.

vicios de salud, sindicatos del sector de la salud y organizaciones no gubernamentales vinculadas a la defensa de los derechos humanos en general y del derecho a la salud en particular).

En un segundo momento, se diseñó una metodología de validación que orientó los ajustes de orden estadístico, instrumental y de pertinencia de los indicadores; la cual permitió depurar y consolidar la versión definitiva del instrumento de medición.

7.5. Sistematización del instrumento de medición (construcción de la base de datos)

La Defensoría del Pueblo diseñó un sistema informático para el registro y procesamiento de la información, con miras a lograr que el diligenciamiento del instrumento de medición se haga electrónicamente. Para ello, las autoridades involucradas deberán ingresar a la página web de la Defensoría (www.defensoria.org.co) y registrar la información solicitada en la base de datos diseñada para el efecto.

7.6. Aplicación del instrumento de medición

En esta fase de aplicación del instrumento de medición y dada la novedad del ejercicio, se dio una capacitación a las entidades responsables de diligenciar el instrumento: el Ministerio de la Protección Social, los 32 departamentos, 4 distritos y 55 municipios escogidos mediante muestreo aleatorio tomando como base la categorización de los mismos.

La capacitación se realizó en tres ciudades (Medellín, Cali y Bogotá), para explicar en forma detallada la dinámica del ejercicio: los objetivos del sistema de seguimiento y evaluación, su metodología y los procedimientos para la recolección de la información, a fin de garantizar la obtención oportuna y confiable de los datos, base para la elaboración del informe sobre el estado de realización del derecho a la salud en Colombia.

Se espera que las autoridades encargadas de diligenciar el instrumento de medición ingresen los datos relativos a cada una de las preguntas en la base de datos diseñada para tal fin. Para garantizar la obtención oportuna y confiable de la información y asegurar un óptimo diligenciamiento del instrumento se construyó una metodología de monitoreo que incluye un sistema de semáforos y un planilla de control semanal. Lo que permitirá realizar el acompañamiento directo a los responsables del registro de los datos en el instrumento de medición dispuesto en la página web de la Defensoría del Pueblo.

7.7. Análisis y evaluación de la información

Una vez recolectados y sistematizados todos los datos, se realizará el análisis estadístico y técnico de la información recibida de las entidades territoriales con miras a determinar si el Estado colombiano cumple o no con las obligaciones relativas a la realización del derecho a la salud y, en particular, si es sensible a las necesidades de las personas y grupos más vulnerables.

7.8. Elaboración del informe

Con la información analizada se producirán informes periódicos sobre el grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado colombiano en materia del derecho a la salud. Ello, además de

consolidar el ejercicio de seguimiento y evaluación, permitirá a la Defensoría del Pueblo dar cumplimiento a expresas obligaciones constitucionales y legales⁹², en especial, un informe al Congreso de la República.

Los informes sobre el estado de realización del derecho a la salud en el país serán dados a conocer por la Defensoría del Pueblo a través de los siguientes medios:

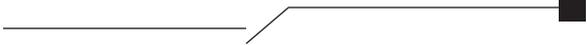
- Electrónicamente, a través de la página web de la Defensoría;
- De forma escrita, a través de la edición de un documento que contenga el informe para distribución amplia;
- En los espacios de debate público como son el Congreso de la República y otras instancias donde se debaten las políticas públicas;
- En reuniones con las autoridades públicas a las que les fue administrado el instrumento;
- En escenarios de socialización a la ciudadanía en general;
- En espacios amplios con diversos actores de la sociedad, especialmente aquellos más involucrados con el tema de salud;
- En los escenarios internacionales de derechos humanos donde pueda tener presencia la Defensoría del Pueblo.

7.9. Investigaciones

Se espera, adicionalmente, que el proceso genere líneas de investigación en el tema del derecho a la salud. Esta etapa no será desarrollada en el corto plazo, sino en el mediano y largo, una vez se hayan consolidado los procesos de recolección, sistematización y socialización de la información.

92 El artículo 282 de la Constitución Política dispone que el Defensor del Pueblo debe presentar informes al Congreso de la República sobre el cumplimiento de las actividades adelantadas para la defensa, promoción y divulgación de los derechos humanos. De otro lado, el artículo 17 de la Ley 812 de 2003, aprobatoria del Plan Nacional de Desarrollo "Hacia un Estado Comunitario", establece que: *La Defensoría del Pueblo producirá informes en los cuales se señalará el grado de adecuación del diseño y ejecución de las políticas públicas evaluadas con los derechos económicos, sociales y culturales, así como el nivel de realización progresiva de los segundos por las primeras. Así mismo, estos informes harán las recomendaciones pertinentes para que el diseño y ejecución de las políticas evaluadas reflejen las obligaciones del Estado Colombiano en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Estos informes y sus recomendaciones serán presentados anualmente a las Comisiones Económicas y a las Plenarias del Congreso de la República*".

CAPÍTULO 2.



MATRIZ DE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A LA LUZ DEL DERECHO A LA SALUD

En este capítulo se presenta el conjunto de indicadores para la evaluación y seguimiento de la política pública de salud tomando como punto de partida el contenido esencial del derecho a la salud, el conjunto de obligaciones del Estado a partir de las normas vinculantes del derecho internacional de los derechos humanos, la normatividad y jurisprudencia nacional en materia de salud y la actual política pública de salud.

Incluye indicadores de tipo cuantitativo y cualitativo, que permiten medir el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia del derecho a la salud.

Para el conjunto de indicadores se construyó la hoja de vida de cada uno, lo que permitió establecer los siguientes aspectos:

- *Elemento esencial del derecho a la salud:* Las obligaciones del Estado se clasifican en torno a los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 (párr.12).
- *Obligaciones de efecto inmediato y de cumplimiento progresivo:* Relacionadas con el momento de cumplir la obligación el Estado, de acuerdo a la jurisprudencia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observación General No. 3, sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes).
- *Tipo de obligación:* Según el tipo de actuación que se demanda del Estado en torno al derecho a la salud (respetar, proteger y cumplir), definidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 14 (párr.33).
- *Nombre:* designación propia de cada indicador.
- *Objetivo:* se explica qué mide el indicador y cuál es su propósito.
- *Numerador, denominador y unidad de medida:* se define el numerador y el denominador para el cálculo del valor del indicador y su unidad de medida (definición operacional).

-
- *Institución*: se describe la o las instituciones responsables de producir o consolidar la información relacionada con el indicador.
 - *Sector*: se define el sector o sectores a los cuales les compete directamente suministrar la información para el cálculo del indicador.
 - *Fuentes de información*: se identifica el origen factible de la información requerida para producir el indicador y evaluar el resultado.
 - *Desagregaciones*: se ubicaron desagregaciones básicas y propias del indicador en relación con los diferentes tipos de discriminaciones: ubicación geográfica (urbana y rural); por regiones; por género; edad (según rangos); nivel socioeconómico (por estratos y niveles de SISBEN); etnia; grupos vulnerables (personas con discapacidad y desplazados); niveles de atención (primero, segundo, tercero y cuarto) y sector (público o privado).
 - *Interpretación*: explica lo que se busca con el indicador; su valor en el contexto del derecho.
 - *Referentes de análisis*: incluye los estándares nacionales e internacionales que sirven de comparación según el caso del resultado reportado, y los avances, retrocesos, estancamientos o relaciones. En algunos casos, la recolección de la información se orienta a establecer una línea de base en el contexto del derecho.

Los indicadores incorporados al instrumento de medición se encuentran organizados en torno a los componentes esenciales del derecho a la salud y a la tipología de las obligaciones estatales. Cada indicador se encuentra relacionado con un componente específico del derecho y con una obligación concreta, bien sea de respeto, protección o cumplimiento; de efecto inmediato o de cumplimiento progresivo.

Este conjunto de indicadores no pretende ser una lista exhaustiva, sino más bien un conjunto definido de ellos, con la pretensión de constituirse en una herramienta sencilla que posibilite el seguimiento a la labor del Estado en materia de derecho a la salud; que pueda ser utilizada por las propias autoridades gubernamentales que diseñan, ejecutan y evalúan las políticas públicas en salud, así como por otros actores de la sociedad interesados en el tema del derecho a la salud.

A continuación, se presenta la matriz de los indicadores elegidos y organizados según la estructura antes descrita.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
1	Disponibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos sobre la base de un proceso participativo y transparente (OG14CDESC, párr.36, OG15CDESC, párr 26).		Proteger	¿Asignó recursos Plan de Atención Básica (PAB) para el desarrollo de proyectos de salud manejados directamente por grupos organizados de la comunidad en el último año? ¿Cuántos recursos asignó?	Conocer si se le asigna presupuesto a las organizaciones comunitarias en salud que les posibilite participar en la gestión de la salud.
2	Disponibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr 26).		Proteger	¿Cuáles son los cinco problemas sanitarios más relevantes que señalan el sistema de vigilancia de Salud Pública en su jurisdicción y qué estrategias ha desarrollado para cada uno ellos en el período de referencia?	Conocer las estrategias en Salud Pública desarrolladas con base en el uso del Sistema de Vigilancia de Salud Pública.
3	Disponibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C1610IT, art. 2 y 3.1)		Proteger	¿El sector salud coordina con otras instituciones la implementación de acciones para la protección ambiental? ¿En qué consiste tal coordinación?	Conocer si el sector salud realiza acciones con otros sectores para la protección ambiental.
4	Accesibilidad	Adoptar medidas para que se difunda información adecuada acerca del uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua (OG15CDESC, párr. 25)		Proteger	¿En su jurisdicción qué tipo de información se difunde sobre el uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua? ¿A través de qué estrategias comunicativas difunde esta información?	Conocer qué tipo de información se difunde por jurisdicción en relación con el uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua.
5	Accesibilidad		Negociar con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible (OG3CDN, párr. 28).	Cumplir	¿Han establecido algún tipo de convenio con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible? Describa los puntos esenciales de dichos acuerdos.	Conocer el acceso a medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH, que estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible.
6	Aceptabilidad	Velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (OG14CDESC, párr. 37)		Proteger	IPSMT = Índice de personal sanitario capacitado en prácticas médicas tradicionales por habitantes (grupos étnicos)	Conocer si existe recurso humano en salud capacitado en el área de prácticas médicas tradicionales para atender población de los grupos étnicos.
7	Aceptabilidad	Velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (OG14CDESC, párr. 37)		Proteger	IIGEPS = Índice de personas pertenecientes a grupos étnicos con formación en salud.	Conocer si existe recurso humano perteneciente a los grupos étnicos que se haya formado en salud.
8	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr 26).		Proteger	Describe las áreas de intervención, programas, proyectos, recursos invertidos y coberturas logradas en el marco del Plan de Salud Pública.	Conocer si existe un plan de Salud Pública y su estructura.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
9	Disponibilidad y Accesibilidad		Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de la salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades. (PSS, Art. 10.2.e, OG14CDESC, párr. 44).	Cumplir	¿Los ciudadanos tienen acceso a la información derivada de los sistemas de información en salud? ¿De qué manera?	Conocer los mecanismos que se ofrecen a los ciudadanos para acceder a la información en salud.
10	Disponibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacional de agua para toda la población (OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	¿Existe una estrategia y un plan de acción de agua para toda la población de la jurisdicción? Describa la participación del sector salud en el desarrollo de esta estrategia y del plan de acción.	Conocer si existe un plan de acción de agua y la participación del sector salud.
11	Disponibilidad Accesibilidad	Facilitar medicamentos esenciales (OG14CDESC, párr. 43)		Proteger	¿Existe una política pública de medicamentos? Describa sus componentes fundamentales y para cada uno de ellos, las estrategias desarrolladas, recursos invertidos y logros obtenidos.	Analizar las propuestas de políticas públicas de medicamentos existentes.
12	Disponibilidad	Desarrollar una política de salud mental (PPM, p.1, IRE, párr. 91)		Proteger	¿Existe una política de salud mental? Describa áreas de intervención, programas, proyectos, recursos invertidos y coberturas logradas.	Conocer si existe una política de salud mental y cómo esta estructurada.
13	Disponibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C1610IT, art. 2 y 3.1)		Proteger	¿Existe una política pública de salud ocupacional? Describa áreas de intervención, programas, proyectos, recursos invertidos y coberturas logradas.	Identificar la existencia de una política específica en el tema de salud ocupacional y su estructura.
14	Disponibilidad Accesibilidad		Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de la salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades (PSS, Art. 10.2.e, OG14CDESC, párr. 44).	Cumplir	¿Qué estrategias comunicativas usan para la difusión de información a la población? ¿Programas: masivos, individuales, grupales? Describalas.	Conocer que estrategias comunicativas utilizan para garantizar el derecho a la información en salud.
15	Disponibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos sobre la base de un proceso participativo y transparente (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr. 26).		Proteger	¿Rinden cuentas públicas sobre el estado de salud y la gestión pública en salud? ¿Con qué periodicidad rinden estas cuentas públicas? Precisar la fecha de la última vez y el documento donde esté contenida tal rendición de cuentas.	Conocer si las autoridades públicas en salud rinden cuentas de su actividad a las comunidades y si se posibilita que las comunidades incidan en el proceso de diseño, ejecución y evaluación de la política de salud.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
16	Aceptabilidad	Abstenerse de prohibir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales (OG14CDESC, párr. 34).		Respetar	¿Se han elaborado e implementado políticas que respeten y apoyen las diversas prácticas curativas y medicinas tradicionales para el disfrute del derecho a la salud de los grupos étnicos? ¿Cuáles? ¿Se ha realizado de manera concertada con estos grupos? Cite el soporte documental de las políticas elaboradas e implementadas.	Identificar mecanismos que respetan las prácticas curativas y medicinas tradicionales.
17	Calidad		Velar por que todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes (NUSIOPD, artículo 2.4).	Cumplir	CAMTPD = Cobertura de acceso a métodos de tratamiento pertinentes de personas con discapacidad que lo requieren.	Evaluar el acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes de personas con discapacidad que lo requieren.
18	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).		Proteger	CCCV = Cobertura de mujeres con citología cervicouterina.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a medidas preventivas (trazador citología cervicouterina)
19	Calidad	Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad de acceso y la calidad de la atención (RG24CEDAW, párr. 31. d).		Proteger	CIISM = Cobertura de inspecciones hechas por la autoridad sanitaria a instituciones con servicios de salud a la mujer	Evaluar la supervisión que hace el Estado a instituciones públicas y privadas que tienen servicios de salud a la mujer
20	Disponibilidad	Adoptar medidas para garantizar que los profesionales de la salud gocen de condiciones salariales y laborales adecuadas (IRE, párr. 96)		Proteger	CIPSPB = Cobertura de instituciones prestadoras de servicios de salud con programas de bioseguridad.	Conocer las condiciones laborales del personal de salud vinculado a los servicios de salud a través de este indicador.
21	Disponibilidad		Ofrecer a las personas mayores servicios de prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad (OG6CDESC, párr. 35 OG14CDESC, párr. 25).	Cumplir	CPAAM = Cobertura de programas dirigidos a garantizar a los adultos mayores servicios de atención de las enfermedades.	Evaluar la cobertura de los programas dirigidos a garantizar a los adultos mayores servicios de atención de las enfermedades.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
22	Disponibilidad	Velar por que las mujeres en situaciones especialmente difíciles como las que se encuentran en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección y servicios de salud (RG24CEDAW, párr. 16).	Suministrar los servicios especializados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, así como programas eficaces de rehabilitación y capacitación (CBDP, art. 8.d y 8.f).	Cumplir Proteger	¿Existen planes de acción dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? ¿Existen programas de atención dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? ¿Existen programas de capacitación dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? ¿Existen programas de rehabilitación dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? Describa las áreas de intervención.	Conocer la organización de la atención dispuesta para las mujeres víctimas de la violencia.
23	Disponibilidad		Suministrar los servicios especializados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, así como programas eficaces de rehabilitación y capacitación (CBDP, art. 8.d y 8.f).	Cumplir	CPACRMVV = Cobertura de los programas de atención, capacitación y rehabilitación dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia.	Conocer acciones planeadas para garantizar la capacitación y rehabilitación de las mujeres víctimas de la violencia.
24	Accesibilidad Aceptabilidad		Las políticas y programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA deben resultar acordes con el principio de interés superior del niño, deben ser receptivos a sus necesidades y deben tener en cuenta las diferencias de sexo, edad, contexto social, económico y político (OG3CDN, párr. 10, 20 y 21) Velar por que los niños y adolescentes tengan acceso continuo, en igualdad de condiciones a tratamientos y cuidados completos, incluida la prescripción de los fármacos necesarios relacionados con el VIH, y a bienes y servicios sin discriminación (OG3CDN, párr. 28, OG4CDN, párr. 30).	Cumplir	CPATNAVIH = Cobertura de programas de atención y tratamiento a niños y adolescentes con VIH.	Evaluar la cobertura de programas de atención y tratamiento a niños y adolescentes con VIH.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
25	Calidad		Velar por que todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes (NUSIOPD, artículo 2.4). Velar por que el personal médico, paramédico y personal conexo sea debidamente capacitado para que pueda prestar asesoramiento apropiado a los padres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos (NUSIOPD, art. 2.5).	Cumplir	CPCMP = Cobertura de programas de capacitación dirigidos a personal médico y paramédico en temas relacionados con el manejo de personas con discapacidad.	Evaluar la cobertura de programas de capacitación dirigido a personal médico y paramédico en temas relacionados con el manejo de personas con discapacidad.
26	Disponibilidad	Proporcionar al personal sanitario la ayuda necesaria para desempeño de sus funciones (PII, art. 9).		Proteger	CPEPSACA = Cobertura de programas de protección estatal del personal de salud en áreas de conflicto armado.	Evaluar la cobertura de programas de protección estatal dirigidos a proteger el desempeño adecuado de la misión médica.
27	Accesibilidad	Abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar debidamente la información relacionada con la salud, incluida la educación y la información sobre la sexualidad (OG3CDIN, párr. 16).		Respetar	CPICSS = Cobertura de programas dirigidos a la información y capacitación sobre servicios de salud, educación e información sobre salud sexual.	Evaluar la cobertura de programas dirigidos a la información y capacitación sobre servicios de salud, educación e información sobre salud sexual.
28	Accesibilidad	Adoptar medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia (IRE, párr. 68).		Proteger	CPIEVH = Cobertura de programas de información y capacitación dirigidos a eliminar la discriminación contra las personas con VIH/SIDA	Evaluar la cobertura de programas de información y capacitación dirigidos a eliminar la discriminación contra las personas con VIH/SIDA
29	Disponibilidad	Velar porque las mujeres en situaciones especialmente difíciles como las que se encuentran en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección y servicios de salud (RG24CEDAW, párr. 16).		Proteger	CPPMVCA = Cobertura de los programas de protección, incluidos los servicios de salud, dirigidos a las mujeres víctimas del conflicto armado.	Evaluar la cobertura de los programas de protección, incluidos los servicios de salud, dirigidos a las mujeres víctimas del conflicto armado.
30	Accesibilidad	Velar porque en el sector público y privado de la salud se cumpla el principio de no discriminación de hecho y de derecho para las personas con discapacidad (OG14CDESC, párr. 26, IRE, párr. 67).		Proteger	CPPPD = Cobertura de programas de promoción y prevención para población con discapacidad.	Evaluar la cobertura de Programas de Promoción y Prevención para Población con Discapacidad.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
31	Accesibilidad		Velar porque todos los niños y adolescentes, incluso los que padecen discapacidad o emplean una lengua diferente, tengan acceso a información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes, prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales (OG3CDN, párr. 16 y 17, OG4CDN, párr. 10).	Cumplir	CPPNA = Cobertura de programas de promoción y prevención dirigidos a niños y adolescentes que suministren información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes y prácticas tradicionales peligrosas.	Evaluar la cobertura de programas de promoción y prevención dirigidos a niños y adolescentes que suministren información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes y prácticas tradicionales peligrosas.
32	Accesibilidad	Ofrecer, en la medida de lo posible y en el plazo más breve, a los heridos, enfermos y naufragos, hayan tomado parte o no en el conflicto armado, los cuidados médicos que exija su estado (PII, art. 7).		Proteger	CPSPCA = Cobertura de programas de salud a las personas que se encuentran en áreas de conflicto armado.	Evaluar la cobertura de programas de protección en salud a las personas que se encuentran en áreas de conflicto armado.
33	Accesibilidad		Proporcionar instalaciones, bienes y servicios sanitarios que sean accesibles a todos los adolescentes con discapacidades y conseguir que esas instalaciones y servicios promuevan su autoconfianza y su participación activa en la comunidad (OG4CDN, párr. 35).	Cumplir	CPRSAD = Cobertura de programas de reinserción social dirigidos a adolescentes con discapacidad.	Evaluar la cobertura de programas de reinserción social dirigidos a adolescentes con discapacidad.
34	Disponibilidad		Ofrecer a los adolescentes con perturbaciones mentales tratamiento y rehabilitación adecuados (OD4CDN, Párr.29).	Cumplir	CADCPTA = Cobertura de adolescentes con deficiencias cognitivas con programas de tratamiento adecuados.	Evaluar la cobertura de programas de tratamiento adecuados dirigidos a los adolescentes con deficiencias cognitivas.
35	Disponibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C169OIT, art. 24). Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b).	Cumplir	CRC = Cobertura régimen contributivo.	Evaluar la cobertura de afiliación de la población con capacidad de pago al régimen contributivo.
36	Disponibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C161OIT, art. 2 y 3.1)		Proteger	CRP = Cobertura en riesgos profesionales.	Conocer la cobertura de los trabajadores al sistema general de riesgos profesionales, indicador de incorporación de los trabajadores en el mecanismo de protección de la salud en el trabajo.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
37	Disponibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C1690IT, art. 24). Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b).	Cumplir	CRS = Cobertura del régimen subsidiado.	Evaluar la cobertura de afiliación de la población pobre al régimen subsidiado.
38	Accesibilidad Disponibilidad	Garantizar el acceso a la atención primaria básica de la salud (PIDESC, art. 10.2.a, OG14CDESC, párr. 43).	Ampliar los servicios de saneamiento, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños (OG15CDESC, párr. 29)	Cumplir	CSA = Cobertura de servicio de acueducto.	Conocer la proporción de viviendas que tienen acceso de agua potable y condiciones sanitarias básicas.
39	Accesibilidad Disponibilidad	Garantizar el acceso a la atención primaria básica de la salud (PIDESC, art. 10.2.a, OG14CDESC, párr. 43).	Ampliar los servicios de saneamiento, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños (OG15CDESC, párr. 29)	Cumplir	CSAL = Cobertura de servicio de alcantarillado.	Conocer la proporción de viviendas que tienen acceso a disposición adecuada de residuos líquidos domiciliarios.
40	Accesibilidad	Velar por que en el sector público y privado de la salud se cumpla el principio de no discriminación de hecho y de derecho para las personas con discapacidad (OG14CDESC, párr. 26, IRE, párr. 67).		Proteger	CSAPD = Cobertura de servicios de Atención para Población con Discapacidad.	Evaluar la cobertura de programas de atención para población con discapacidad.
41	Disponibilidad Accesibilidad	Garantizar el acceso a la atención primaria básica de la salud (PIDESC, art. 10.2.a, OG14CDESC, párr. 43).	Ampliar los servicios de saneamiento, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños (OG15CDESC, párr. 29)	Cumplir	CSRB = Cobertura de servicio de recolección de basuras.	Conocer la proporción de viviendas que tienen acceso a servicios de recolección de basuras domiciliarias.
42	Disponibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C1690IT, art. 24). Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b).	Cumplir	CSSPE = Cobertura de seguridad social en poblaciones especiales.	Evaluar la cobertura de seguridad social en poblaciones especiales de forma específica.
43	Disponibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C1690IT, art. 24). Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b).	Cumplir	CTSS = Cobertura total de seguridad social.	Evaluar la cobertura de afiliación de la población total a la seguridad social.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
44	Disponibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Adoptar medidas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud (CDN, art. 24.2.b).		Proteger	CV = Coberturas de vacunación en menores de un año.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a medidas preventivas.
45	Disponibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir	CVMF = Coberturas de vacunación de mujeres en edad fértil.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a medidas preventivas (trazador vacunación)
46	Disponibilidad		Ofrecer a los reclusos servicios médicos y odontológicos, así como de instalaciones sanitarias adecuadas, agua suficiente y salubre y de instalaciones adecuadas para el tratamiento de las reclusas embarazadas (RMPTIR, art. 12, 22, 23, OG15CDESC, párr. 16).	Cumplir	HPFC = Hacinamiento de población femenina en prisión.	Evaluar las condiciones sanitarias de la población carcelaria femenina a partir de este indicador de hacinamiento.
47	Disponibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental (PIDESC, Art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36)		Proteger	ICA = Índice de contaminación del agua.	Conocer las calidades del medio ambiente a través de un indicador trazador referido a la calidad del agua.
48	Disponibilidad	Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	ICH = Índice de camas hospitalarias por 1.000 habitantes.	Evaluar la disponibilidad de instalaciones hospitalarias.
49	Disponibilidad Accesibilidad		Incluir planes de acción, estrategias, políticas y programas relacionados con el VIH/SIDA en la labor de los organismos nacionales encargados de vigilar y coordinar la observancia de los derechos de los niños (OG3CDN, párr. 40.d). Velar por la aplicación de las estrategias recomendadas por los organismos de las Naciones Unidas a fin de prevenir la infección por el VIH en los lactantes y los niños de corta edad (OG3CDN, párr. 25).	Cumplir	IVIHSIDA = Incidencia de VIH/SIDA congénito.	Evaluar el impacto de los planes de acción, estrategias, políticas y programas relacionados con el VIH/SIDA.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
50	Disponibilidad	Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	IMGH = Índice de médicos generales por habitantes.	Conocer la disponibilidad de talento humano profesional en el área de salud.
51	Disponibilidad	Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	IMGOH = Índice de médicos especialistas por habitantes.	Conocer la disponibilidad del talento humano especializado en el área de salud.
52	Disponibilidad	Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	IMGH = Índice de promotores de salud por habitantes.	Conocer la disponibilidad de talento humano profesional en el área de salud.
53	Disponibilidad	Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	ISP = Índice de salas de parto por 1.000 mujeres en edad fértil.	Evaluar la disponibilidad de instalaciones de atención a grupos especiales (mujeres gestantes)
54	Disponibilidad	Garantizar la exigibilidad judicial del derecho a la salud.(PIDESC, Art. 2, OG3CDESC, párr. 5).		Proteger	NAGS = Número de acciones populares en salud.	Conocer el acceso a recursos jurídicos colectivos por parte de los ciudadanos para la exigibilidad del derecho a la salud.
55	Disponibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental (PIDESC, Art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36)		Proteger	NAPCA = Número de acciones populares en torno a contaminaciones ambientales.	Conocer el uso que hacen los ciudadanos de mecanismos jurídicos para la protección del derecho al medio ambiente sano.
56	Disponibilidad	Proteger las instalaciones y reservas de agua potable, así como las obras de regadío, durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales (OG15CDESC, párr. 22).		Proteger	¿Qué tipo de acciones de manera coordinada se han desarrollado en la jurisdicción, para establecer dispositivos de seguridad alrededor de las reservas de agua potable y de las obras de regadío existentes? ¿Estas forman parte de los planes de emergencia territorial?	Conocer acciones planeadas para garantizar la protección de fuentes de agua potable.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
57	Disponibilidad		Velar por que se ponga a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad (C169OIT, art. 25.1).	Cumplir	NARSI = Número de ARS indígenas consultadas en su jurisdicción.	Conocer los medios de que disponen los pueblos indígenas para organizar y prestar los servicios de salud bajo su propia responsabilidad.
58	Disponibilidad		Velar por que se ponga a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad (C169OIT, art. 25.1).	Cumplir	NIPSEC = Número de IPS con adecuación etnocultural en su jurisdicción disponibles para población indígena	Conocer los medios de que disponen los pueblos indígenas para organizar y prestar los servicios de salud bajo su propia responsabilidad.
59	Disponibilidad	Adoptar medidas para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos (OG4CDN, párr. 12).		Proteger	NCRMFSAI = Número de casos registrados de abuso físico y/o sexual a adolescentes impedidos.	Evaluar la disponibilidad y el impacto de las políticas y programas formulados para garantizar la atención y protección a los adolescentes impedidos.
60	Disponibilidad	Desarrollar una política de salud mental (PPEM, p.1, IRE, párr. 91)		Proteger	NCVI = Número de casos de violencia intrafamiliar.	Conocer la situación de salud mental de la población a través de este indicador trazador de violencia intrafamiliar.
61	Disponibilidad		Promocionar y crear instituciones que presten servicios de salud mental (OG14DESC.párr. 36).	Cumplir	PIPSNSM = Proporción de IPS con nuevos servicios de salud mental.	Evaluar la respuesta institucional para la garantía de la protección a la salud mental.
62	Calidad		Asegurar que las escuelas e instalaciones recreativas funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, mediante por ejemplo la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela (OG4CDN, párr. 17)	Cumplir	PIEPS = Proporción de instituciones educativas con permiso sanitario.	Conocer los controles establecidos para que las escuelas e instalaciones recreativas funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, como por ejemplo la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela.
63	Calidad	Asegurar que las instituciones, servicios y establecimientos encargados de la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad y competencia de su personal (CDN, art. 3.3).		Proteger	NIANC = Número de instituciones que atienden niños cerradas por no cumplir con las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad y competencia de su personal.	Evaluar si el Estado vigila las instituciones que atienden niños, para proteger su derecho a la salud.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
64	Disponibilidad		Reglamentar o prohibir la información y la comercialización relativa a sustancias como el alcohol y el tabaco, especialmente cuando están dirigidas a niños y adolescentes (OG4CDN, párr. 25).	Cumplir	La autoridad sanitaria hace cumplir las normas que reglamentan la prohibición de difundir y comercializar sustancias como el alcohol y el tabaco, dirigidas a niños y adolescentes.	Conocer la efectividad del cumplimiento de normas que reglamentan la prohibición de difundir y comercializar sustancias como el alcohol y el tabaco, dirigidas a niños y adolescentes.
65	Aceptabilidad Calidad		Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos (OG14CDESC, párr. 44).	Cumplir	NPFDH = Número de programas de formación en derechos humanos para el personal del sector salud.	Conocer sobre programas de educación continuada en derechos humanos para el personal de salud
66	Calidad	Vigilar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por terceros y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología (OG14CDESC, párr. 35)		Proteger	NQM = Número de quejas por entrega de medicamentos adulterados, vencidos o inadecuados.	Evidenciar si el Estado vigila la calidad de los medicamentos.
67	Accesibilidad	Proteger la confidencialidad de las pruebas de detección del VIH, tanto en el marco de la atención sanitaria como en el sistema público de salud y velar porque no se revelen sin el consentimiento del interesado (OG3CDN, párr. 24).		Proteger	NQMIISIDA = Número de quejas por manejo inadecuado de información confidencial sobre diagnóstico y tratamiento de SIDAVIH.	Evaluar el número de quejas por manejo inadecuado de información confidencial sobre diagnóstico y tratamiento de SIDAVIH.
68	Aceptabilidad	Velar porque los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (OG14CDESC, párr. 37)		Proteger	NQPD = Número de quejas presentadas por razones de discriminación.	Evaluar el número de quejas existente por razones de discriminación.
69	Calidad	Vigilar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por terceros y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología (OG14CDESC, párr. 35)		Proteger	NQPE = Número de quejas por considerar que el profesional de salud no reúne las condiciones éticas necesarias.	Evidenciar si el Estado vigila la adecuada formación ética del recurso profesional de la salud que garantiza uno de los componentes del derecho a la salud.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
70	Calidad		Velar por la apropiada formación de los facultativos y demás personal médico (OG14CDESC, párr. 36).	Cumplir	NSPIP = Número de sanciones a profesionales de la salud por inadecuada práctica profesional.	Evidenciar si el Estado vigila la adecuada formación del recurso profesional de la salud que garantiza uno de los componentes del derecho a la salud.
71	Disponibilidad	Adoptar medidas para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos (OG4CDN, párr. 12).		Proteger	NCRMFSAI = Número de casos registrados de abuso físico y/o sexual a adolescentes impedidos.	Evaluar la disponibilidad y el impacto de las políticas y programas formulados para garantizar la atención y protección a los adolescentes impedidos.
72	Accesibilidad	Garantizar la exigibilidad judicial del derecho a la salud (PIDESC, Art. 2, OG3CDESC, párr. 5).		Proteger	NTS = Número de tutelas en salud.	Conocer el acceso a recursos jurídicos por parte de los ciudadanos para la exigibilidad del derecho a la salud a través del indicador de tutelas en salud.
73	Aceptabilidad	Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer. (RG24CEDAW, párr. 9 y 31.e). Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la intimidad, consentimiento, confidencialidad, autonomía y opción con conocimiento de causa (OG14CDESC, párr. 31a)		Proteger	Número de programas que atienden el problema de violencia contra las mujeres.	Evaluar la respuesta del Estado a la situación de violencia contra las mujeres.
74	Aceptabilidad	Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer. (RG24CEDAW, párr. 9 y 31.e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la intimidad, consentimiento, confidencialidad, autonomía y opción con conocimiento de causa (OG14CDESC, párr. 31a)		Proteger	Número de quejas presentadas por mujeres por razones de maltrato en la prestación de servicios y programas de salud por su condición de mujer.	Evaluar las quejas presentadas por maltrato en los servicios de salud por la condición de mujer.
75	Disponibilidad Calidad	Respetar y proteger al personal sanitario. (PII, art. 8). Abstenerse de obligar al personal médico a realizar actos ni a efectuar trabajos contrarios a la deontología u otras normas médicas destinadas a proteger a los heridos y enfermos (PII, art. 10).		Respetar	NVMM = Número de violaciones a la misión médica.	Conocer el número de violaciones a la misión médica.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
76	Disponibilidad	Facilitar medicamentos esenciales (OG14CDESC, párr. 43)		Proteger	PAM = Proporción de acceso a tratamientos (por trazador)	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos a partir de tratamientos específicos (trazador de alto costo)
77	Disponibilidad	Garantizar la exigibilidad judicial del derecho a la salud. (PIDESC, Art. 2, OG3CDESC, párr. 5).		Proteger	PAPSE = Proporción de acciones populares en salud falladas positivas que se ejecutan efectivamente	Conocer si el recurso jurídico colectivo de exigibilidad del derecho a la salud es útil para la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos
78	Disponibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos sobre la base de un proceso participativo y transparente (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr 26).		Proteger	PAUC = Proporción de asociaciones de usuarios conformadas.	Conocer la existencia de los espacios que posibilitan la participación de los usuarios en salud.
79	Accesibilidad Aceptabilidad Calidad	Velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (OG14CDESC, párr. 37)		Proteger	PCEH = Proporción de comités de ética hospitalaria	Evaluar la existencia de instrumentos institucionales que promuevan el respeto por la ética.
80	Disponibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos sobre la base de un proceso participativo y transparente (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr 26).		Proteger	PCOPACOS = Proporción de comités de participación comunitaria en salud.	Conocer la existencia de uno de los espacios que posibilita la participación de las comunidades en salud.
81	Accesibilidad Disponibilidad Calidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36). Adoptar medidas para asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres (CDN, art. 24.2.d, CETFDCM, art. 12.2). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).	Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47) Garantizar que exista un número suficiente de hospitales, clínicas, centros de bienes y servicios de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (OG14CDESC, párr. 36)	Cumplir Proteger	PCP = Promedio de controles prenatales.	Evaluar el acceso a servicios dirigidos a la atención a grupos especiales (mujeres gestantes)

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
82	Disponibilidad		Ofrecer a los reclusos servicios médicos y odontológicos, así como de instalaciones sanitarias adecuadas, agua suficiente y salubre y de instalaciones adecuadas para el tratamiento de las reclusas embarazadas (RMPTR, art. 12, 22, 23, OG15CDESC, párr. 16).	Cumplir	PCPIE = Promedio de controles prenatales de internas embarazadas.	Evaluar el acceso a controles prenatales de internas embarazadas.
83	Disponibilidad Accesibilidad	Facilitar medicamentos esenciales (OG14CDESC, párr. 43)		Proteger	PDM = Proporción de disponibilidad de medicamentos (por trazador)	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos a partir de tratamientos específicos (trazador enfermedades crónicas)
84	Accesibilidad Aceptabilidad Calidad	Garantizar establecimientos, bienes y servicios respetuosos de la ética médica, de la diversidad cultural y del género (OG14CDESC, párr. 36).		Proteger	PDTEM = Proporción de denuncias tramitadas por los Tribunales de Ética Profesional.	Evaluar la proporción de situaciones éticas denunciadas.
85	Aceptabilidad	Velar porque los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados (OG14CDESC, párr. 37). Asegurar que los servicios que se ofrecen a los pueblos indígenas sean apropiados desde el punto de vista cultural (C1690IT, art.25.2, OG14CDESC, párr. 27)		Proteger	PESD = Programas de etnosalud desarrollados.	Identificar los programas de etnosalud desarrollados en los servicios de salud de cada jurisdicción.
86	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr. 26).		Proteger	PIECDD = Proyectos de información, educación y comunicación dirigidos a derechos y deberes en salud.	Evaluar la disponibilidad y desarrollo de estrategias de promoción de la salud.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
87	Calidad Accesibilidad	Distribuir equitativamente el recurso humano en salud. Asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología (OG14CDESC, párr. 35). Adoptar medidas para garantizar que los profesionales de la salud gocen de condiciones salariales y laborales adecuadas (IRE, párr. 96).	Velar por que todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes (NUSIOPD, artículo 2.4). Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos (OG14CDESC, párr. 44). Proteger a la misión médica y a las víctimas del conflicto armado (PlI, Art. 7, 9) Fomentar la investigación en salud (OG14CDESC, párr. 36).	Cumplir Proteger	PIPSH = Proporción de IPS habilitadas.	Conocer las calidades profesionales del recurso humano en salud presente en los servicios de salud a partir de este indicador integral.
88	Disponibilidad Accesibilidad	Desarrollar una política de salud mental (PPEM, p.1, IRE, párr. 91)		Proteger	PIPSSM = Proporción de IPS con servicios de salud mental.	Conocer la respuesta institucional del sector salud para atender la salud mental de la población.
89	Disponibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, en particular velando por el acceso a unos servicios de saneamiento adecuados (OG15CDESC, párr. 37).		Proteger	¿Existe un plan de prevención y descontaminación de aguas para el consumo humano en la jurisdicción? Describe de qué manera participa la Secretaría de Salud en este plan. ¿Indique la cobertura de servicio de agua apta para el consumo humano en la jurisdicción?	Conocer acciones planeadas para garantizar la calidad del agua potable.
90	Disponibilidad		Suministrar los servicios especializados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, así como programas eficaces de rehabilitación y capacitación (CBDP, art. 8.d y 8.f).	Cumplir	Planes de acción y programas de atención, capacitación y rehabilitación dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia.	Conocer acciones planeadas para garantizar la capacitación y rehabilitación de las mujeres víctimas de la violencia.
91	Disponibilidad	Adoptar medidas para garantizar que los profesionales de la salud gocen de condiciones salariales y laborales adecuadas (IRE, párr. 96)		Proteger	PMGR = Porcentaje de médicos generales remunerados con menos de 4 SMMLV.	Conocer las condiciones salariales del personal profesional de salud vinculado a los servicios de salud (indicador trazador -remuneración de médico general tiempo completo)
92	Disponibilidad Accesibilidad		Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de la salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades (PSS, Art. 10.2.e, OG14CDESC, párr. 44).	Cumplir	PNOAU = Proporción de oficinas de atención e información al usuario.	Conocer el nivel de acceso de los usuarios a información en salud a partir de la disponibilidad de oficinas de información al usuario

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
93	Disponibilidad	Adoptar medidas para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos (OG4CDN, párr. 12).		Proteger	Políticas y programas formulados para garantizar la atención y protección a los adolescentes impedidos.	Evaluar la disponibilidad y el impacto de las políticas y programas formulados para garantizar la atención y protección a los adolescentes impedidos.
94	Disponibilidad Calidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36). Adoptar medidas para asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres (CDN, art. 24.2.d, CETFCM, art. 12.2). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).	Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47) Garantizar que exista un número suficiente de hospitales, clínicas, centros de bienes y servicios de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (OG14CDESC, párr. 36)	Cumplir Proteger	PPAM = Proporción de partos atendidos por médico.	Evaluar la calidad de servicios de atención de partos ofrecidos a la población.
95	Aceptabilidad		Proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen los servicios de salud y para que planifiquen, ejerzan y controlen su acceso al agua (OG14CDESC, párr. 27, OG15CDESC, párr. 16)	Cumplir	PPERL = Proporción del presupuesto disponible en el territorio entregado a poblaciones indígenas para su manejo directo en materia de salud y agua.	Analizar el presupuesto disponible por territorio para el manejo y ejecución directa en salud y agua en las poblaciones indígenas.
96	Calidad		Fomentar la investigación en salud (OG14CDESC, párr. 36).	Cumplir	PPIV = Porcentaje del presupuesto en salud asignado a la investigación en salud.	Conocer la disponibilidad de recursos destinados por el sector al tema de investigación.
97	Aceptabilidad	Garantizar que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (OG14CDESC, párr 12-c)		Proteger	PMSC = Número de médicos sancionados por violación de confidencialidad.	Evaluar si hay respeto a la confidencialidad por parte de los profesionales de la salud.
98	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).		Proteger	PPTAS = Proporción de pacientes tuberculosos en tratamiento acortado supervisado.	Evaluar el uso de tratamientos adecuados en enfermedades endémicas y epidémicas tratables (trazador TBC)
99	Aceptabilidad	Garantizar que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (OG14CDESC, párr 12-c)		Proteger	PQPCE = Proporción de quejas por violación a confidencialidad de datos personales presentadas ante los Comités de Ética Hospitalaria por los usuarios.	Evaluar el número de quejas existente por violación a la confidencialidad en los servicios.
100	Aceptabilidad	Garantizar que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (OG14CDESC, párr 12-c)		Proteger	PQPCTEM = Número de quejas por violación a confidencialidad de datos personales presentadas ante los Tribunales de ética médica por los usuarios.	Evaluar el número de quejas existente por violación a la confidencialidad en los servicios.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
101	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad Calidad				Principales barreras normativas, Presupuestales, de políticas (diseño e implementación), de seguimiento y evaluación que limitan el derecho a la salud.	Analizar las barreras existentes para el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia del derecho a la salud.
102	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Vigilar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por terceros y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología (OG14CDESC, párr. 35). Garantizar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados, seguros y de buena calidad (OG14CDESC, párr. 36).		Proteger	PSFRI = Proporción de servicios farmacéuticos con recurso idóneo.	Evaluar la calidad de distribución de medicamentos y soporte idóneo de los servicios farmacéuticos.
103	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de Salud Pública y de recursos hídricos (OG14CDESC, párr. 36, OG15CDESC, párr. 26).		Proteger	PSI = Proyectos en salud intersectoriales.	Evaluar la disponibilidad y desarrollo de estrategias de promoción de la salud.
104	Disponibilidad Accesibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental laboral y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C1610IT, art. 2 y 3.1)		Proteger	PSOE = Proporción de programas de salud ocupacional de empresas.	Conocer la cobertura de empresas con el programa de salud ocupacional.
105	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).		Proteger	PSSR = Proporción de servicios de salud sexual y reproductiva.	Evaluar la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva en relación con la totalidad de servicios disponibles.
106	Accesibilidad Aceptabilidad Calidad	Garantizar establecimientos, bienes y servicios respetuosos de la ética médica, de la diversidad cultural y del género (OG14CDESC, párr. 36).		Proteger	PSTEM = Proporción de sanciones emitidas por el Tribunal de Ética Médica.	Evaluar la proporción de sanciones emitidas por problemas de ética profesional.
107	Disponibilidad	Garantizar la exigibilidad judicial del derecho a la salud (PIDESC, Art. 2, OG3CDESC, párr. 5).		Proteger	PTSFF = Proporción de tutelas en salud falladas favorablemente a los ciudadanos.	Conocer que tan útil es la acción de tutela para la protección del derecho a la salud de los ciudadanos.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
108	Disponibilidad Accesibilidad Aceptabilidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).	Ofrecer a los menores servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 20)	Cumplir Proteger	TUACA = Tasa de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a medidas preventivas (trazador uso de anticonceptivos)
109	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir	RHMVIHSIDA = Razón hombre mujer casos de VIH/SIDA.	Evaluar el empeoramiento de enfermedades endémicas y epidémicas (trazador VIH/SIDA)
110	Disponibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C16101T, art. 2 y 3.1)		Proteger	TAL = Tasa de accidentes laborales.	Conocer la presencia de accidentes laborales como indicador del impacto de la política de salud ocupacional.
111	Disponibilidad Accesibilidad	Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura (OG14CDESC, párr. 43). Adoptar medidas para combatir las enfermedades y la malnutrición infantil en el marco de la atención primaria en salud (CDN, Art. 24.2.c).		Proteger	TAPPCNT = Tasa de acceso a programas de complemento nutricional.	Conocer a través de este indicador la respuesta institucional para prevenir la malnutrición de la población.
112	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud (CDN, art. 24.2.b).		Proteger	TCAI = Tasa de cobertura de control integral a menores de 5 años.	Evaluar la disponibilidad y desarrollo de estrategias de prevención de la salud.
113	Disponibilidad	Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OG14CDESC, párr. 43, OG15CDESC, párr. 37)		Proteger	TCMGPV = Tasa de consulta de medicina general de primera vez por 1.000 habitantes.	Evaluar la disponibilidad de servicios ambulatorios.
114	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud (CDN, art. 24.2 b).		Proteger	TCPSV = Cobertura de programas de tamizaje de salud visual en menores de 14 años.	Evaluar la disponibilidad y desarrollo de estrategias de prevención de la salud.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
115	Disponibilidad Accesibilidad	Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura (OG14CDESC, párr. 43). Adoptar medidas para combatir las enfermedades y la malnutrición infantil en el marco de la atención primaria en salud (CDN, Art. 24.2.c).		Proteger	TDNTAI = Tasa de desnutrición aguda de niños menores de 5 años.	Conocer a través de este indicador la malnutrición de los niños que se expresa en forma de desnutrición.
116	Disponibilidad Accesibilidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).		Proteger	TEA = Tasa de embarazos en adolescentes.	Evaluar la presencia de embarazos en adolescentes como indicador de falta de otras medidas y riesgo incrementado de mortalidad.
117	Accesibilidad		Ofrecer a los menores servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 20).	Cumplir	TIVHA = Tasa de prevalencia de VIH en adolescentes.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA medidas preventivas.
118	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TISC = Tasa de incidencia de sífilis congénita por 100.000 menores de un año.	Evaluar la presencia de enfermedad como resultado de una inadecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.
119	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).		Cumplir Proteger	TMCCU = Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres mayores de 15 años.	Evaluar la presencia de un resultado evitable por una inadecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.
120	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TMD = Tasa de mortalidad por dengue por 100.000 habitantes.	Evaluar la presencia de un resultado evitable por una inadecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
121	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños (CDN, art. 24.2.a., PIDESE, art. 12.2.a., OG14CDESC, párr. 22). Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESE, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Adoptar medidas para combatir las enfermedades y la malnutrición infantil en el marco de la atención primaria en salud (CDN, art. 24.2.c).	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).	Cumplir Proteger	TMDNT = Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.	Evaluar la presencia de resultados evitables de una adecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de riesgos y enfermedades propias de la población infantil.
122	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños (CDN, art. 24.2.a., PIDESE, art. 12.2.a., OG14CDESC, párr. 22). Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESE, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).	Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TMEEDA = Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100.000 habitantes.	Evaluar la presencia de un resultado evitable por una adecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.
123	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños (CDN, art. 24.2.a., PIDESE, art. 12.2.a., OG14CDESC, párr. 22). Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESE, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).	Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TMI = Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.	Evaluar las posibilidades de fallecimiento en los recién nacidos en el primer año de vida.
124	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños (CDN, art. 24.2.a., PIDESE, art. 12.2.a., OG14CDESC, párr. 22). Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESE, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).	Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TMIRA = Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años por 100.000 habitantes.	Evaluar la presencia de un resultado evitable por una adecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.
125	Accesibilidad	Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESE, art. 12.2.b, OG14CDESC, párr. 36, C1610IT, art. 2 y 3.1)		Proteger	TML = Tasa de muerte por causas laborales.	Conocer la presencia de muerte laboral como indicador del impacto de la política de salud ocupacional.
126	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).	Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47).	Cumplir	TMM = Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	Evaluar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios ambulatorios y hospitalarios dirigidos a las mujeres gestantes a través de un indicador de resultado.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
127	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir	TMMA = Tasa de mortalidad por malaria por 100.000 habitantes.	Evaluar la presencia de un resultado evitable por una inadecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.
128	Disponibilidad Accesibilidad Calidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).		Proteger	TMRC = Tasa de mortalidad por enfermedad cardio cerebro vascular por 100.000 habitantes.	Evaluar la presencia de un resultado evitable por una inadecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas
129	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44). Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TPAVIH/SIDA = Tasa de prevalencia anual de VIH Sida por 100.000 habitantes.	Evaluar la presencia de enfermedad como resultado de una inadecuada aplicación de medidas preventivas, tratamiento y control de enfermedades endémicas y epidémicas.
130	Disponibilidad Accesibilidad	Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, art. 12.2.c, PSS, art. 10.2.d, OG14CDESC, párr. 44).	Reducir y detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).	Cumplir Proteger	TPDM = Tasa de puestos de diagnóstico para malaria por 1.000 habitantes expuestos al riesgo.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad de servicios dirigidos a la atención de enfermedades transmitidas por vectores. Trazador diagnóstico de malaria.
131	Disponibilidad Accesibilidad	2. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura (OG14CDESC, párr. 43). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).		Proteger	TNLM = Tasa de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.	Conocer la difusión de la lactancia materna exclusiva como factor central de garantizar una adecuada nutrición infantil.
132	Disponibilidad Accesibilidad	Desarrollar una política de salud mental (PPEM, p.1, IRE, párr. 91)		Proteger	TS = Tasa de suicidios.	Conocer la situación de salud mental de la población a través de este indicador trazador programas de prevención de suicidios.
133	Accesibilidad		Ofrecer a los menores servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 20).	Cumplir	TUMAA = Tasa de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.	Evaluar la disponibilidad y accesibilidad a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA medidas preventivas.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	ELEMENTO ESENCIAL DEL DERECHO	OBLIGACIONES DE EFECTO INMEDIATO	OBLIGACIONES DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO	TIPO DE OBLIGACIÓN	NOMBRE INDICADOR O PREGUNTA RELACIONADA	OBJETIVO
134	Disponibilidad Accesibilidad	Desarrollar una política de salud mental (PPEM, p.1, IRE, párr. 91)		Proteger	TCAPS = Tasa de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.	Conocer la situación de salud mental de la población a través de este indicador trazador de un evento específico.
135	Accesibilidad	Vigilar que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y a los servicios relacionados con la salud (OG14CDESC, párr. 35).	Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de la salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades (PSS, art. 10.2.e, OG14CDESC, párr. 44).	Cumplir	¿Su institución cuenta con oficina de atención e información al usuario? ¿Cuántas?	Conocer la existencia de oficinas de atención al usuario como mecanismo informativo para la población.
136	Disponibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C1690IT, art. 24).	Cumplir	CAPISS = Cobertura de seguridad social en población indígena.	Conocer la cobertura de seguridad social en la población indígena.
137	Disponibilidad	Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC, párr. 36). Adoptar medidas para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres (CDN, art. 24.2.d, CETFDCM, art. 12.2). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).		Proteger	PEAB = Proporción de egresos por aborto.	Evaluar la presencia de aborto como resultado de una inadecuada aplicación de medidas preventivas y atención en salud.
138	Accesibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C1690IT, art. 24). Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b).	Cumplir	VCRS = Variación final de cobertura de población afiliada al régimen contributivo.	Evaluar la progresividad de cobertura de seguridad social en el régimen contributivo.
139	Accesibilidad		Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (C1690IT, art. 24). Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b).	Cumplir	VCRS = Variación final de cobertura de población afiliada al régimen subsidiado	Evaluar la progresividad de cobertura de seguridad social en el régimen subsidiado.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
1	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	El asignar recursos a organizaciones comunitarias se constituye en un elemento que evidencia el compromiso con la obligación de garantizar la participación social en salud	No aplica	No aplica
2	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	SIVIGILA	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Permite conocer el uso de información sanitaria en el desarrollo de estrategias de Salud Pública y la existencia de las mismas	No aplica	No aplica
3	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Instituciones, tipo de coordinación, estrategias, recursos y logros	Permite establecer si existe trabajo intersectorial para la garantía del derecho al medio ambiente	No aplica	No aplica
4	No aplica	No aplica	No aplica	Nivel central, departamental, distrital y municipal de diferentes sectores	Intersectorial	Áreas de Salud Pública y Medio Ambiente del Ministerio de la Protección Social y de las Secretarías de salud Empresas de servicio público de acueducto	Nación Departamento Distrito Municipio	No aplica	Establecer la existencia de medidas de información y comunicación orientadas al cuidado y uso general del agua en el contexto del derecho	No aplica	No aplica
5	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital Alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Establecer la existencia de mecanismos que garanticen el acceso económico a los medicamentos de VIH Sida	No aplica	No aplica
6	Población de grupos étnicos	Número de profesionales de la salud formados en prácticas de medicina tradicional	Índice	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Registros de Habilitación IPS Aseguradores con población étnica a su cargo	Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Reconoce la disponibilidad de recurso humano en salud con formación en medicinas tradicionales que cumple con la obligación de que los servicios de salud sean culturalmente apropiados	Línea de base	No aplica

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
7	Población de grupos étnicos	Número de personas del grupo étnico formados como profesionales de la salud	Índice	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Registros de Habilitación IPS Aseguradores con población étnica a su cargo	Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Reconoce la disponibilidad de recurso humano en salud con formación en medicinas tradicionales que cumpla con la obligación de que los servicios de salud sean culturalmente apropiados	Línea de base	No aplica
8	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Áreas de intervención	Permite saber si existen planes de Salud Pública por entidad territorial y comparar su estructura y elementos esenciales	No aplica	No aplica
9	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS	Salud	Información de territorios y de las EPS, ARS e IPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	La presencia de un sistema de información y la manera como se componen, dan cuenta de la manera como se gestiona, administra y difunde los datos de salud para la garantía del derecho a la información en salud	No aplica	No aplica
10	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud Medio Ambiente	Áreas de Salud Pública y Medio ambiente del Ministerio de Protección Social, y de las Secretarías de salud Empresas de servicio público de acueducto Ministerio del Medio Ambiente y Secretarías de Medio Ambiente	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Conocer cómo se establece intersectorialmente planes de acción de agua para garantizar su disponibilidad para toda la población	No aplica	No aplica
11	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Intersectorial	Áreas responsables de las políticas públicas en cada sector	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Acción proactiva del Estado en tanto existan políticas públicas relacionadas con medicamentos y muestren componentes efectivos de implantación para avanzar en la garantía del derecho a medicamentos esenciales	No aplica	No aplica

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
12	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Áreas de intervención	Permite evaluar si existe una política en salud mental y cómo se estructura, para evaluar la garantía del derecho a la prevención y atención de los problemas de salud mental	No aplica	No aplica
13	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Protección Social	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Áreas de intervención	Permite saber si existen políticas de salud ocupacional para garantizar el derecho a la salud en el trabajo.	No aplica	No aplica
14	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS	Salud	Información de las Oficinas de atención al usuario y comunicación del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud y de las IPS, EPS y ARS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de estrategias comunicativas	Permite evaluar la obligación de garantizar el derecho a la información en salud a través de la revisión de estrategias comunicativas que se utilizan para difundir información.	No aplica	No aplica
15	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Información de Áreas de Planeación y Participación Social del Ministerio de Protección Social y de las Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	El rendir cuentas públicas en salud y permitir que la ciudadanía incida en el ciclo del diseño, implantación y ejecución de la política pública de salud, que revela el cumplimiento de la obligación de garantizar el derecho a la participación social en salud.	No aplica	No aplica
16	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y Alcaldías Gobernaciones	Salud	Áreas de Desarrollo de servicios y Salud Pública del Ministerio de Protección Social y las Secretarías de salud Departamental, Distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza si se respeta la obligación de abstenerse de prohibir las medicinas tradicionales	No aplica	No aplica
17	Número de personas con discapacidad que acceden a métodos de tratamiento pertinentes	Número total de personas con discapacidad	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y las Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano Rural Sexo	Se analiza a través de esta cobertura el cumplimiento de la obligación de acceso a tratamientos pertinentes de personas con discapacidad	100%	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
18	Número de citologías de primera vez tomadas a mujeres entre 25 y 69 años	Total de mujeres entre 25 y 69 años a mitad de periodo	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, Rural Indígenas, desplazados	Entre mayor cobertura se asume mejor disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva	90%	
19	Número de inspecciones realizadas por la autoridad sanitaria a instituciones que tienen servicios de salud a la mujer	Total de instituciones que tienen servicios de salud a la mujer	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de vigilancia y control de la calidad del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Tribunales de Ética de las diferentes profesiones de la salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano Rural Públicas Privadas	Una baja cobertura de inspección a instituciones que cuentan con servicios de salud a la mujer, refiere un incumplimiento de la obligación del Estado de proteger la garantía del derecho a la salud de las mujeres en el aspecto de calidad de la atención en salud	100%	100%
20	Número de IPS cubiertas por programas de bioseguridad	Total de IPS	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Protección Social	IPS y ARP	Departamentos Distritos Municipios	IPS públicas IPS privadas	La existencia o ausencia de programas de bioseguridad en las IPS es un indicador trazador de condiciones laborales adecuadas o inadecuadas para los trabajadores del sector salud	100%	
21	Número de adultos mayores que reciben atención integral de las enfermedades.	Número total de adultos mayores	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano Rural Sexo	Se analiza a través de esta cobertura el cumplimiento de la obligación de garantizar servicios de salud a los adultos mayores	100%	
22	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Registro individual de servicios; registros protección social	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de atención	Se analiza la aplicación de estrategias dirigidas a la atención de mujeres víctimas de la violencia	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
23	Número de mujeres víctimas de la violencia que reciben programas de salud	Número total de mujeres víctimas de la violencia en el período de referencia	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías, gobernaciones.	Salud, territorio	Registro individual de prestación de servicios; registros protección social	Nación Departamento Distrito Municipio	Sexo	Se analiza la aplicación de estrategias dirigidas a la atención de mujeres víctimas de la violencia	Línea de base	
24	Número total de niños y adolescentes con VIH cubiertos por programas de atención y tratamiento.	Número total de niños y adolescentes con VIH.	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza el acceso de los niños a los tratamientos requeridos en especial si tienen VIH	Línea de base	
25	Número total de personal médico y paramédico cubierto por programas de capacitación en temas relacionados con el manejo de personas con discapacidad	Número total de personal médico y paramédico en la jurisdicción	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de Talento Humano y Desarrollo de servicios del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza la través de esta cobertura la capacitación del personal de salud para el manejo de personas con discapacidad	Línea de base	
26	Número de personas trabajadoras del sector salud cubiertas por programas estatales en áreas de conflicto armado	Número total de personas trabajadoras del sector salud en el área de conflicto armado	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Mujeres Hombres Urbano, rural	Se analiza la aplicación de estrategias estatales para la protección de la misión médica en áreas de conflicto armado	100%	
27	Número de personas cubiertas por programas de información y capacitación sobre servicios de salud y educación e información sobre salud sexual.	Total número de personas en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	Edad y sexo	Se analiza la aplicación de estrategias y proyectos de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud y la APS	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
28	Número de personas cubiertas por programas de información y capacitación.	Número total de personas en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gubernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gubernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Edad y sexo	Se analiza la aplicación de estrategias y proyectos de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud y la APS dirigidos a sujetos de especial protección	Línea de base	2010: • Reducir en un 25% la tasa de infección de los jóvenes por el VIH. • 95% de hombres y mujeres entre los 14 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección. • Reducir las tasas de infección con el VIH en las personas entre los 15 y 24 años, a nivel mundial.
29	Número de mujeres víctimas del conflicto armado cubiertas por programas de protección, incluidos los servicios de salud.	Número total de mujeres víctimas del conflicto armado en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo, desplazados, etnias	Se analiza la aplicación de estrategias y proyectos de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud y la APS	Línea de base	
30	Número de personas con discapacidad cubiertas por Programas de Promoción y Prevención	Número total de personas con discapacidad	Porcentaje	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gubernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Edad y sexo	A través de esta cobertura se evalúa la obligación de no discriminación en salud de la población con discapacidad	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
31	Número Total de niños y adolescentes cubiertos por programas de promoción y prevención sobre el VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes y prácticas tradicionales peligrosas.	Número total de niños y adolescentes en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo y grupos étnicos	Evaluar el cumplimiento de protección a niños y adolescentes	Línea de base	2010: <ul style="list-style-type: none"> Reducir en un 25% la tasa de infección de los jóvenes por el VIH. 95% de hombres y mujeres entre los 14 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección. Reducir las tasas de infección con el VIH en las personas entre los 15 y 24 años, a nivel mundial.
32	Número total de personas en áreas de conflicto armado que reciben programas de protección en salud	Número total de personas en áreas de conflicto armado	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo, desplazados, etnias	Se analiza la aplicación de estrategias de protección del derecho a la salud en el contexto del conflicto armado que vive Colombia	Línea de base	
33	Número total de adolescentes con discapacidad cubiertos por programas de reinserción social	Número total de adolescentes con discapacidad	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud ICBF	Áreas de Bienestar Social de las gobernaciones y alcaldías ICBF	Nación Departamentos Distritos Municipios		Se analiza la aplicación de estrategias de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud dirigidas a sujetos de especial protección	Línea de base	
34	Número de adolescentes con deficiencias cognitivas cubiertos por programas de tratamiento adecuados.	Número total de adolescentes con deficiencias cognitivas (trastorno de retardo mental)	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Regionales del ICBF	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano, rural, sexo y etnias	Se analiza la aplicación de programas de tratamiento para atender la obligación de proteger adolescentes con deficiencias cognitivas	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
35	Población afiliada al régimen contributivo en su jurisdicción	Población con capacidad de pago en su jurisdicción en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal EPS	Salud	Bases de datos de aseguramiento en salud territoriales y nacionales	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1996 -2000 - 2003 Urbana, rural	Se analiza la cobertura de seguridad social en salud en población con capacidad de pago observada en series de tiempo, que muestra si la población con capacidad de pago cuenta con protección entendida como accesibilidad a servicios	Tendencia positiva	
36	Número de trabajadores cubiertos por el Sistema General de Riesgos Profesionales	Total de trabajadores	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Protección Social	Áreas de aseguramiento del Ministerio de la Protección Social y Secretarías de salud ARP	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1990 - 1995 Urbana - rural Trabajadores oficiales Trabajadores privados Trabajadores independientes	Se comparan series históricas de cobertura del sistema general de riesgos profesionales, que permitirá evaluar la obligación de protección de la salud en el trabajo	Tendencia positiva	
37	Población afiliada al régimen subsidiado en su jurisdicción en el período de referencia	Población SISEN I y II en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal ARS	Salud	Bases de datos de aseguramiento en salud territoriales y nacionales	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1996 -2000 - 2003 Urbana, rural	Se analiza la cobertura de seguridad social en salud en población pobre clasificada según SISEN observada en series de tiempo. Muestra si la población con derecho a subsidio cuenta con protección entendida como accesibilidad a servicios	Tendencia positiva	
38	Número de viviendas que tienen servicio de acueducto	Total de viviendas en el período de referencia	Porcentaje	Empresas de servicios públicos de acueducto y alcantarillado	Servicios públicos	Registros de servicios públicos e inventarios sanitarios	Nación Departamento Distrito Municipio	Por estrato socioeconómico Urbana, rural	Establece el porcentaje de acceso al agua potable por parte de la población	100%	2015: Reducir a la mitad la proporción de personas que no tienen acceso al agua potable y segura 100% de acceso a agua limpia y potable

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
39	Número de viviendas que tienen servicios de alcantarillado	Total de viviendas en el período de referencia	Porcentaje	Empresas de servicios públicos de acueducto y alcantarillado	Servicios públicos	Registros de servicios públicos e inventarios sanitarios	Nación Departamento Distrito Municipio	Por estrato socioeconómico Urbana, rural	Establece el porcentaje de acceso a servicios de disposición adecuada de residuos líquidos domiciliarios por parte de la población	100%	2000 al 2010: Reducir, al menos en un tercio, el número de hogares que no tienen acceso a servicios de saneamiento y agua potable 100% de acceso a servicios de saneamiento y agua potable
40	Número de personas con discapacidad que acceden a servicios de Atención	Número total de personas con discapacidad en la jurisdicción	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano, rural, Sexo, Indígena, comunidades negras, Pueblos Rom	Se analiza la aplicación de estrategias de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud dirigidas a sujetos de especial protección	100%	100%
41	Número de viviendas que tienen servicio de recolección de basura	Total de viviendas en el período de referencia	Porcentaje	Empresas de servicios públicos de recolección de basuras	Servicios públicos	Registros de servicios públicos e inventarios sanitarios	Nación Departamento Distrito Municipio	Por estrato socioeconómico Urbana, rural	Establece el acceso a uno de los elementos básicos de la Atención Primaria en salud	100%	2000 al 2010: Reducir, al menos en un tercio, el número de hogares que no tienen acceso a servicios de saneamiento y agua potable 100% de acceso a servicios de saneamiento y agua potable
42	Población afiliada a la seguridad social en su jurisdicción	Población especial total de su jurisdicción	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal EPS	Salud	Bases de datos de aseguramiento en salud territoriales y nacionales	Nación Departamentos Distritos Municipios	Desplazados, Grupos étnicos, Menores de un año Mujeres	Se analiza la cobertura de seguridad social en salud en grupos especiales (desplazados, étnicos, menores de un año y mujeres) precisando el régimen en el que se encuentren afiliados. Muestra el acceso de los grupos especiales a la seguridad social y a los servicios de salud	100%	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
43	Población afiliada al Régimen Contributivo al Régimen Subsidiado en su jurisdicción y a regímenes especiales	Población total de su jurisdicción a mitad de período	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal EPS ARS	Salud	Bases de datos de aseguramiento en salud territoriales y nacionales	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1996 - 2000 - 2003 Urbana, rural Tipo de régimen Edad, sexo Indígenas, desplazados	Se analiza la cobertura total de seguridad social en salud, observada en series de tiempo. Muestra si la población cuenta con un factor que supone acceso y disponibilidad de servicios	100%	
44	Número de menores de 1 año vacunados con esquema completo	Población menor de un año en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	Registros PAI	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de vacuna (BCG, esquema completo de polio, esquema completo de DPT, esquema completo de antiepatitis, esquema completo de haemophilus influenzae, esquema completo de sarampión, esquema completo de triple viral) - 1997-2000-2003	Se analiza la aplicación de medidas preventivas efectivas	Mayor de 95%	Mayor de 95%
45	Número de mujeres en edad fértil con esquema completo de vacuna antitetánica	Población de mujeres en edad fértil en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	Registros PAI	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de biológico y tendencia	Se analiza la aplicación de medidas preventivas efectivas	Mayor de 95%	Mayor de 95%
46	Número de mujeres en condición de reclusión carcelaria	Número total de cupos en las cárceles de mujeres en su jurisdicción	Porcentaje	Minjusticia	Justicia	Ministerio de Justicia gobernaciones alcaldías	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	El hacinamiento carcelario evidencia el incumplimiento de la obligación de ofrecer condiciones sanitarias adecuadas a la población carcelaria femenina	0%	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
47	Número de muestras de agua analizadas que muestran contaminación en el año	Total de muestras de agua analizadas en el año	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Información de los laboratorios de Salud Pública	Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1995 - 2000 - 2003	Se evidenciará el comportamiento en el tiempo del número de muestras de agua analizada en los laboratorios de Salud Pública, que dará cuenta de la protección ambiental a partir de este indicador trazador de calidades ambientales del agua	0%	0%
48	Número de camas disponibles en su jurisdicción	Población total en su jurisdicción	Por 1.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS	Salud	Sistema de habilitación - oferta de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Niveles de atención	Se escogen las camas hospitalarias como instalación indicativa de la garantía de la disponibilidad de servicios hospitalarios	1,6	2,7
49	Número de casos de VIH/ SIDA congénito en menores de un año	Población menor de un año en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	SIVIGILA	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Línea de base	
50	Población total	Total de médicos generales que laboran en la jurisdicción en el periodo de referencia	Médicos por 10.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Registros de Habilidadación IPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Reconoce la disponibilidad de un tipo de profesional de la salud para un determinado número de habitantes que lo hace comparable con estándares nacionales e internacionales	Línea de base	
51	Población total	Total de médicos especialistas que laboran en la jurisdicción en el periodo de referencia	Médicos Especialistas por 10.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Registros de Habilidadación IPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Reconoce la disponibilidad de un tipo de profesional especializado de la salud para un determinado número de habitantes que lo hace comparable con estándares nacionales e internacionales	Línea de base	
52	Población total	Total de promotores de salud que laboran en la jurisdicción en el periodo de referencia	Promotores de salud por 10.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Registros de Habilidadación IPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Reconoce la disponibilidad de un tipo de profesional de la salud para un determinado número de habitantes que lo hace comparable con estándares nacionales e internacionales	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
53	Número de salas de parto disponibles en su jurisdicción	Población de mujeres en edad fértil	Por 1.000 mujeres	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS	Salud	Sistema de habilitación – oferta de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Niveles de atención	Se analiza la disponibilidad de salas de parto en relación con las mujeres en edad fértil, como indicador de garantía de acceso a servicios de salud sexual y reproductivo	Línea de base	
54	Número de acciones populares en salud presentadas en el año	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS Defensorías Personerías	Salud Ministerio Público	Áreas de atención al usuario del Ministerio de Protección Social, de las Secretarías de salud, EPS, ARS e IPS Regionales de la Defensoría Personerías	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipos de acciones populares en los periodos (1995 - 2000 - 2003)	El número de acciones populares en salud da cuenta del uso de recursos jurídicos colectivos para la garantía del derecho a la salud y evidencia los tipos de violación colectiva del derecho a la salud	Línea de base	
55	Número de Acciones Populares en torno a contaminaciones ambientales	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Defensorías Personerías Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo Corporaciones Regionales Ambientales	Salud Ministerio Público Ambiente	Áreas de atención al Salud Pública del Ministerio de Protección Social, de las Secretarías de salud Regionales de la Defensoría Personerías Corporaciones Regionales de Medio Ambiente	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1995 - 2000 - 2003	Se evidenciará el comportamiento en el tiempo del número de acciones populares en torno a aspectos ambientales, que referirá la acción estatal de cumplimiento de la obligación del cuidado del medio ambiente	Línea de base	
56	No aplica	No aplica	No aplica	Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías, gobernaciones, FFMM.	Salud, territorial	Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías, gobernaciones, FFMM.	Nación Departamento Distrito Municipio	No aplica	Establece las acciones dirigidas a proteger las reservas de agua potable y las obras de regadío existentes.	No aplica	No aplica
57	Número de ARS indígenas constituidas.	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social; Secretarías de salud departamental, distrital, municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza la aplicación de estrategias a fin de garantizar los mecanismos para el ejercicio derecho a la salud en el contexto del SGSSS	No aplica	No aplica

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
58	Número de IPS con adecuación etnocultural en su jurisdicción para población indígena	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías gubernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza la aplicación de estrategias a fin de garantizar los mecanismos para el ejercicio de derecho a la salud en el contexto del SGSSS	No aplica	No aplica
59	Número de casos de abuso físico y/o sexual en adolescentes impedidos registrados ante y por las diversas autoridades encargadas de estos hechos	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, IPS, Aseguradoras	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, Comisaría de Familia, ICBF,	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza como indicador de incumplimiento de la obligación de proteger la integridad de los adolescentes impedidos	No aplica	No aplica
60	No aplica	No aplica	Número	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal, IPS, ICBF, Comisarias de Policía, Medicina Legal	Salud Bienes- tar fa- miliar Policía Medi- cina Legal	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social y Secretarías de salud, Información de ICBF y de Comisarias de familia, Registros de Medicina Legal	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano, rural, sexo, grupos étni- cos, despla- zamiento	El número de casos de violencia intrafamiliar muestran limitantes en la disponibilidad de soporte familiar y acceso a servicios integrales que deben ser parte de una política de salud mental	Línea de base	
61	Número IPS que abrieron servicios de salud mental	Número total de IPS que funcionan	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, IPS, Aseguradoras	Salud	Áreas de desarrollo de servicios del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal, IPS, Aseguradoras	Nación Departamentos Distritos Municipios	Públicas, privadas	Se analiza la aplicación de estrategias para garantizar el acceso a servicios de salud mental para la población	Línea de base	
62	Número de Instituciones Educativas con Permiso Sanitario	Total de instituciones educativas en la Jurisdicción	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías gubernaciones	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	Públicas, privadas	Se analiza la vigilancia desde el sector salud a las instituciones educativas para que no tengan condiciones que generen peligros a la salud de los estudiantes	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
63	Número total de instituciones que atienden niños, cerradas por no cumplir con las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad y competencia de su personal	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías gubernamentales	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	Públicas, privadas	Se analiza la vigilancia desde el sector salud a las instituciones que atiende niños para que no tengan condiciones que generen peligros a su salud	Línea de base	
64	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías gubernamentales	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías gubernamentales	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza la garantía del cumplimiento de la obligación del Estado de evitar el acceso a alcohol y tabaco a los niños y adolescentes	No aplica	No aplica
65	Número de programas de formación en derechos humanos ejecutados para el personal de salud por periodo de análisis	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud Ministerio Público	Información de todas las instituciones del sector Defensorías Personerías	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1990 - 1995 - 2000 - 2003	Evidencia la existencia de programas de capacitación en derechos humanos en el sector y su comportamiento en el tiempo, lo que muestra aportes para avanzar en la garantía del derecho a la salud	Línea de base	
66	Número de quejas por entrega de medicamentos adulterados, vencidos o inadecuados presentadas en su jurisdicción	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de vigilancia y control de la calidad del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Tribunales de Ética de las diferentes profesiones de la salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	EPS, ARS, IPS-Profesionales independientes	Analizar las quejas como factor que muestra en el final del proceso el incumplimiento de la vigilancia de medicamentos y por ende de la protección de las personas	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
67	Número de quejas registradas por manejo inadecuado de información confidencial sobre diagnóstico y tratamiento de SIDA/VIH	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios		Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Linea de base	
68	Número de quejas presentadas por razones de discriminación	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Información de quejas	Nación Departamentos Distritos Municipios	Mujeres, Etnias, Discapacidad	Presencia de quejas por discriminación	Linea de base	
69	Número de quejas por considerar que el profesional de salud no reúne las condiciones necesarias de educación, experiencia o ética	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de vigilancia y control de la calidad del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Tribunales de Ética de las diferentes profesiones de la salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	EPS, ARS, IPS-Profesionales independientes	Evidenciar a través de las quejas si el Estado vigila la garantía de que existe personal de salud con condiciones necesarias para garantizar el derecho a la salud de la población	0	
70	Número de sanciones interpuestas en la jurisdicción de la salud por inadecuada práctica profesional	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de vigilancia y control de la calidad del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Tribunales de Ética de las diferentes profesiones de la salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	EPS, ARS, IPS-Profesionales independientes	Un alto número de sanciones a profesionales de la salud por su inadecuada práctica, refiere un incumplimiento de la obligación del Estado de proteger la garantía del derecho a la salud en el aspecto referido a la adecuada formación de profesionales de este sector para atender a la población	0	0

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
71	Número de casos de abuso físico y/o sexual en adolescentes registrados ante y por las diversas autoridades encargadas de estos hechos en el periodo de referencia	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, Comisaría de Familia, ICBF	Nación Departamentos Distritos Municipios		Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Línea de base	
72	Número de tutelas en salud presentadas	No aplica	Número	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS Defensorías Personerías	Salud Ministerio Público	Áreas de atención al usuario del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud, EPS, ARS e IPS Defensorías Personerías Jueces	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tutela en los periodos (1995 - 2000 - 2003)	El número de tutelas en salud da cuenta del uso de un recurso jurídico para la exigibilidad del derecho a la salud y, a la vez, de los tipos de violación a la garantía del derecho a la salud	Línea de base	
73	Número de programas que atienden el problema de violencia contra las mujeres	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Información propia del sector salud	Nación Departamentos Distritos Municipios		Análisis de existencia de programas dirigidos a la atención de la violencia contra la mujer	Línea de base	
74	Número de quejas presentadas por mujeres por razones de maltrato en la prestación de servicios y programas de salud por su condición de mujer	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Información de quejas	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Tipo de institución (pública o privada)	Análisis de un mecanismo que evidencia el maltrato en los servicios por la condición de mujer	Línea de base	
75	Número de violaciones a la misión médica registradas ante y por las diversas autoridades encargadas de estos hechos en el periodo de referencia	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Defensoría Personería Policía	Salud Ministerio Público Fuerza Pública	Áreas de emergencia y desastres del Ministerio de la Protección Social y de las Secretarías de salud Defensorías Personerías Sindicatos del Sector salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Actores que atacan la misión médica	El número de violaciones a la misión médica refiere la falta de desarrollo de mecanismos de protección a esta misión o la deficiencia de los que se desarrollan	0	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
76	Número de pacientes con SIDA que reciben tratamiento Antiretrovirales	Total de pacientes con SIDA en el periodo de referencia	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital IPSAseguradoras	Salud	Registros de farmacias	Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Analiza la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos a partir de la entrega de medicamentos trazadores	100%	
77	Número de acciones populares en salud falladas favorablemente a los ciudadanos que se ejecutan en el año	Total de acciones populares en salud	Porcentaje	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS Defensorías Personerías	Salud Ministerio Público	Áreas de atención al usuario del Ministerio de Secretarías de salud, EPS, ARS e IPS Defensorías, Personerías, Jueces	Nación Departamentos Distritos Municipios	Acciones populares en los periodos (1995 - 2000 - 2003)	El porcentaje de ejecución efectiva de las acciones populares falladas positivamente en salud da cuenta de la utilidad del recurso de acción popular como mecanismo jurídico para la protección efectiva del derecho a la salud de los colectivos	Línea de base	
78	Número de asociaciones de usuarios conformadas	Total de EPS, ARS e IPS	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS	Salud	Áreas de atención al usuario y de participación social del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud, EPS, ARS e IPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	EPS, ARS e IPS públicas EPS, ARS e IPS privadas	La conformación de asociaciones de usuarios da cuenta de la generación de espacios de participación para los usuarios de salud en la gestión de las instituciones de salud	Línea de base	
79	Número de Comités de Ética Hospitalaria conformados	Total de IPS hospitalarias en la jurisdicción	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPSA	Salud	Áreas de atención al usuario y de participación social del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud IPSA	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza como la identificación de instrumentos tangibles del respeto ético	Línea de base	
80	Número de comités de participación comunitaria en salud	Total de territorios donde deben operar los Copacos	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPSA	Salud	Áreas de atención al usuario y de participación social del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	La conformación de comités de participación comunitaria en salud da cuenta de la generación de espacios para avanzar en la obligación de garantizar el derecho a la participación social en salud	Línea de base	
81	Número total de controles prenatales realizados	Mujeres gestantes en el mismo periodo	Promedio	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPSAseguradoras	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Se toma el promedio de controles prenatales como criterio trazador de garantía al acceso, disponibilidad y calidad de servicios	6	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
82	Número total de controles prenatales realizados a internas e embarazadas	Internas gestantes en el mismo período	Promedio	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital, Minjusticia	Salud	Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Justicia, Secretarías de salud departamental, distrital, municipal	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza la aplicación de estrategias y proyectos de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud y la APS	6	
83	Número de fórmulas completas en el período por medicamento trazador (HTA - Inhibidores de la enzima convertidora)	Total de fórmulas que incluyen el medicamento trazador	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, IPS Aseguradoras	Salud	Registros de farmacias	Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Analiza la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos a partir de la entrega de medicamentos trazadores	100%	
84	Número de denuncias tramitadas por los tribunales de ética profesional	Número de denuncias presentadas en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Tribunales de ética profesional	Nación Departamentos Distritos	No aplica	Se analiza como la identificación de instrumentos tangibles del respeto ético	Línea de base	
85	Número de programas de etnosalud dirigidos a los grupos étnicos	No aplica	Número	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud IPS, Ministerio del Interior	Departamentos Distritos Municipios	Tipo de institución (pública o privada) Grupos étnicos	Existencia de servicios de salud que incorporan la perspectiva etnocultural para garantizar el derecho a la salud de los grupos étnicos	Línea de base	
86	Número de proyectos de información, Educación y Comunicación dirigidos a deberes en salud ejecutados	No aplica	Número	Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Áreas de Comunicación, atención al usuario, Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud EPS, IPS, ARS	Departamentos Distritos Municipios	Tipo de proyectos de información, educación y comunicación	Se analiza la aplicación de estrategias de comunicación y educación para garantizar la información a los ciudadanos para el ejercicio del derecho a la salud	Línea de base	
87	Número de IPS habilitadas según el Sistema de Garantía de la Calidad	Total de IPS	Porcentaje	Ministerio de Protección Social y Secretarías de salud	Salud	Sistema de garantía y calidad de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	IPS públicas IPS privadas Urbana, rural	Al tener la habilitación de las IPS un elemento de calidades profesionales, permite conocer este aspecto en los servicios de salud	100%	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
88	Número de IPS que poseen servicios de salud mental	Total de IPS a mitad de periodo	Porcentaje	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Área de desarrollo de servicios del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud IPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de programa de salud mental IPS públicas IPS privadas	La proporción de IPS que prestan servicios de salud mental, cruzado con la población a riesgo, permite analizar el aspecto de cobertura para la garantía de la obligación del derecho a una salud mental	Línea de base	
89	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Medio Ambiente, Empresas de servicios Públicos de acueducto y alcantarillado, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Servicios públicos, Medio Ambiente y Salud.	Registros de servicios públicos. Registros saneamiento ambiental	Nación Departamento Distrito Municipio	Urbana, rural	Establece las acciones de prevención y descontaminación de aguas para el consumo humano en el municipio.	100%	2015: Reducir a la mitad la proporción de personas que no tienen acceso al agua potable y segura 100% de acceso a agua limpia y potable
90	No aplica	No aplica	No aplica	Secretarías de salud departamental, distrital, alcaldías, gobernaciones.	Salud, ente territorial	Registros intersectoriales de atención a la violencia	Nación Departamento Distrito Municipio	Sexo	Se analiza la aplicación de estrategias dirigidas a la atención de mujeres víctimas de la violencia	Línea de base	
91	Número de médicos generales que laboran tiempo completo (8 horas diarias) remunerados con menos de 4 SMMLV	Total de médicos generales de tiempo completo	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Instituciones prestadoras de servicios de salud	Departamentos Distritos Municipios	Sexo	El límite de los 4 SMMLV permite reconocer las condiciones salariales del personal profesional de salud vinculado a los servicios de salud, el cual se considera como rango de comparación (referente tiempo completo)	Línea de base	
92	Número de oficinas de atención e información al usuario	Total de EPS, ARS e IPS públicas y privadas y entes territoriales	Porcentaje	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS	Salud	Información de las Oficinas de atención al usuario del sector salud y de las IPS, EPS y ARS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano, rural EPS, ARS e IPS públicas EPS, ARS e IPS privadas Ministerio Protección Social, Secretarías de salud	La proporción de oficinas de usuarios da cuenta de la garantía del derecho al acceso a la información sobre los servicios de salud	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
93	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, Comisaría de Familia, ICBF	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza la existencia y desarrollo de políticas y programas para garantizar la atención y protección a los adolescentes impedidos.	No aplica	No aplica
94	Número total de partos atendidos por médico (general o especialista)	Total de partos en el período (incluye cesáreas)	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, IPS Aseguradoras	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Analiza la calidad de servicios de atención del parto con base en la disponibilidad de personal idóneo	100%	
95	Presupuesto ejecutado directamente por poblaciones indígenas para salud y agua	Total presupuesto de salud y agua en su jurisdicción en el último período	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Fondos financieros de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios		Análisis de disponibilidad de recursos en poblaciones indígenas para manejo directo en salud y agua		
96	Gasto asignado a investigación en salud	Gasto total de salud	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental y distrital Colciencias	Salud	Área de Planeación del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud alcaldías gobernaciones	Nación Departamentos Distritos	Periodos anuales: 1990 - 1995 - 2000 - 2003	Se evidenciará el comportamiento en el tiempo de la inversión del sector salud en el tema de investigación, que posibilitará evidenciar la asignación de recursos para la garantía de la obligación de desarrollar investigación en salud	Linea de base	
97	Número de médicos sancionados por violación a la confidencialidad	Número total de quejas presentadas por violación a la confidencialidad en Comités de ética hospitalaria y tribunales de ética médica	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, IPS Aseguradoras Tribunales de Ética Médica	Salud	Área de Atención al Usuario del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud, IPS, EPS, ARS Comités de Ética Tribunales de Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal Ética Médica	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Si hay un elevado número de sanciones no se está garantizando la confidencialidad en el derecho a la salud	Linea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
98	Número de pacientes tuberculosos con tratamiento supervisado	Total de pacientes tuberculosos en el período de referencia	Porcentaje	Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	SIVIGILA	Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza como indicador trazador de la aplicación de medidas terapéuticas efectivas y de disponibilidad obligatoria, gratuita y permanente	100%	
99	Número de quejas por violación a la confidencialidad de datos personales presentadas ante los Comités de ética hospitalaria	Número total de quejas presentadas ante los Comités de ética hospitalaria a mitad de período	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Información de quejas	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de institución (pública o privada)	Existencia de quejas contra la violación de la confidencialidad personal al interior de instituciones de salud	Línea de base	
100	Número de quejas por violación a la confidencialidad de datos personales presentadas ante los tribunales de ética médica	Número total de quejas presentadas ante los tribunales de ética médica en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras Tribunales de Ética Médica	Salud	Información de quejas	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tipo de institución (pública o privada)	Existencia de quejas contra la violación de la confidencialidad personal al interior de instituciones de salud que llegan a los Tribunales de Ética médica	Línea de base	
101	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Información directa de quien diligencia el instrumento	Nación Departamentos Distritos Municipios	Normativas, Presupuestales, de política y de seguimiento y evaluación. Barreras por cada uno de los elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de instituciones, bienes y servicios de salud	Identificación de barreras percibidas por las instituciones estatales responsables de la garantía del derecho a la salud	No aplica	No aplica

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
102	Número de IPS (servicios farmacéuticos) con disponibilidad de recurso humano idóneo para el manejo y administración de medicamentos	Total de servicios farmacéuticos existentes	Porcentaje	Ministerio de la Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS	Salud	Registros de habilitación de servicios de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Establece condiciones de calidad de distribución y administración de medicamentos	100%	
103	Número de proyectos en salud con intervención y recursos intersectoriales sobre recursos hídricos ejecutados en el período de referencia	No aplica	Número	Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Información propia del sector salud	Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se analiza la aplicación de estrategias y proyectos de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud y la APS	No aplica	No aplica
104	Número de Empresas que tienen Programa de salud Ocupacional	Número total de Empresas	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Protección Social	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud ARP	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Empresas públicas Empresas privadas	La presencia de programas de salud ocupacional es un indicador de formulación de una política de salud ocupacional en las empresas y protección de los trabajadores	100%	
105	Número de IPS con servicios específicos de salud sexual y reproductiva	Total de IPS en su jurisdicción en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Registros de habilitación de servicios de salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Se analiza la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva	Línea de base	
106	Número de sanciones emitidas por los tribunales de ética médica	Total de denuncias tramitadas en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Salud	Tribunales de ética profesional	Nación Departamentos Distritos		Se analiza como la identificación de instrumentos tangibles del respeto ético	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
107	Número de tutelas en salud falladas favorablemente al ciudadano	Total de tutelas en salud presentadas	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS, EPS y ARS Defensorías Personerías	Salud Ministerio Público	Áreas de Atención al Usuario del Ministerio de Protección Social y de la Secretarías de salud EPS, ARS e IPS Defensorías Personerías Jueces	Nación Departamentos Distritos Municipios	Tutela en los periodos (1995 - 2000 - 2003)	El porcentaje de tutelas falladas positivamente en salud da cuenta de la utilidad del recurso de tutela como mecanismo jurídico para la exigibilidad del derecho a la salud	Línea de base	
108	Número de adolescentes (mujeres y hombres) que usan métodos anticonceptivos	Población adolescente total en el periodo de referencia	Tasa por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	Registros programas de planificación familiar Encuesta de Demografía y salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza la aplicación de estrategias y proyectos de promoción de la salud en el marco del derecho a la salud y la APS y la protección de grupos de especial protección	Línea de base	
109	No. de casos de VIH SIDA en hombres	No. de casos de VIH SIDA en mujeres	Razón	IPS Aseguradoras Entidades territoriales	Salud	SIVIGILA	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Se asume empeoramiento de la enfermedad con la disminución de la razón.	Línea de base	2010: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 25% la tasa de infección de los jóvenes por el VIH. • 95% de hombres y mujeres entre los 14 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección. • Reducir las tasas de infección con el VIH en las personas entre los 15 y 24 años, a nivel mundial.

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
110	Número de accidentes laborales reportados	Total población trabajadora	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Protección Social	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud IPS, ARP	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1990 - 1995 - 2000 - 2003 Sector público Sector privado	Se evidenciará el comportamiento en el tiempo de la accidentalidad laboral que permitirá evidenciar el impacto de la intervención de los sectores salud, empresarial y de aseguradoras de riesgos profesionales en el tema de salud ocupacional para la garantía del derecho a la salud en el trabajo	Línea de base	
111	Número de personas que acceden a programas de complementación nutricional	Total de la población a riesgo de desnutrición	Por 100.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS ICBF	Salud Bien-estar Familiar	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud Información de ICBF Encuesta Nacional de Demografía y salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo, urbano rural, indígenas, desplazados, estrato socio-económico	Esta tasa da cuenta de la respuesta a través de programas nutricionales para garantizar el derecho a la alimentación de grupos en condiciones de riesgo nutricional	Línea de base	
112	Número de menores de 5 años que reciben control integral en salud	Total de menores de cinco años en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo Indígenas Desplazados	Se analiza la aplicación de medidas preventivas efectivas	Línea de base	
113	Número de consultas de medicina general de primera vez realizadas en el período de referencia en su jurisdicción	Población total en su jurisdicción	Por 1.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Nivel de atención	Se toma la consulta médica general programada como el servicio puerta de entrada para garantizar el derecho al acceso y disponibilidad de los servicios ambulatorios para la población	Línea de base	
114	Número de menores de 14 años cubiertos por programas de tamizaje visual	Total de menores de 14 años en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo Indígenas Desplazados	Se analiza la aplicación de medidas preventivas efectivas	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
115	Número de niños menores de 5 años que presentan cuadro de desnutrición	Total de la población infantil menor de 5 años	Por 100.000 niños menores de 5 años	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS ICBF	Salud Bien-estar Familiar	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud, de las IPS a través de los RIPS Información del ICBF Encuesta Nacional de Demografía y salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Mujeres, Hombres Indígenas Desplazados Comunidades negras Estratos	Esta tasa da cuenta de la garantía del derecho a la alimentación de los niños menores de 5 años	Línea de base	2000 al 2010: Reducir en al menos un tercio la malnutrición en los menores de cinco años
116	Número de adolescentes entre 14 y 19 años embarazadas	Total de mujeres embarazadas en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	Registro individual de prestación de servicios	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Mujeres Indígenas Mujeres desplazadas	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Reducción del embarazo adolescentes en un 26%	
117	Número de adolescentes con VIH SIDA	Total adolescentes en el periodo de referencia.	Por 100.000 hab.	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios		Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Línea de base	2010: • Reducir en un 25% la tasa de infección de los jóvenes por el VIH. • 95% de hombres y mujeres entre los 14 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección. • Reducir las tasas de infección con el VIH en las personas entre los 15 y 24 años, a nivel mundial.
118	Número de casos de sífilis congénita en menores de un año	Población menor de un año en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	SIVIGILA	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
119	Número de muertes en mujeres por cáncer de cuello uterino	Población de mujeres mayores de 15 años en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	
120	Número de muertes por dengue	Población total en el periodo de referencia (municipios de riesgo)	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	
121	Número de muertes por DNT en menores de cinco años	Población total menor de cinco años en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	2015: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
122	Número de muertes por EDA en menores de cinco años	Población total menor de cinco años en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	2015: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
123	Número de muertes en menores de 1 año	Número total de nacidos vivos en el periodo	Por 1.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo Indígenas - Desplazados	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	2015: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
124	Número de muertes por IRA en menores de cinco años	Población total menor de cinco años en el periodo de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	2015: Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
125	Número de defunciones registradas por causas laborales	Total población trabajadora en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Protección Social	Información de todas las instituciones sector salud de orden nacional, departamental y distrital Empresas - ARP	Nación Departamentos Distritos Municipios	Periodos anuales: 1990 - 1995 - 2000 - 2003 Sector público Sector privado	Se evidenciará el comportamiento en el tiempo de la muerte laboral que permitirá evidenciar el impacto de la intervención de los sectores salud, empresarial y de aseguradoras de riesgos profesionales en el tema de salud ocupacional para la garantía del derecho a la salud en el trabajo	Línea de base	
126	Número de muertes maternas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	Número total de nacidos vivos en el período	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Mujeres Indígenas Mujeres desplazadas	Se analiza desde la perspectiva de un indicador de metas de milenio, compromiso central internacional y como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	2015: Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes
127	Número de muertes por malaria	Población total a riesgo en el período de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	
128	Número de muertes por enfermedad cardíaca cerebrovascular en el período	Población total en el período de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras	Salud	SIVIGILA DANE	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	0 (muertes evitables)	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
129	Número de casos de VIH SIDA	Población total en el período de referencia	Por 100.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital IPS Aseguradoras Medicina Legal	Salud	SIVIGILA	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Linea de base	2010: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 25% la tasa de infección de los jóvenes por el VIH. • 95% de hombres y mujeres entre los 14 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección. • Reducir las tasas de infección con el VIH en las personas entre los 15 y 24 años, a nivel mundial.
130	Número de puestos de diagnóstico para gota gruesa en municipios de alto riesgo	Población total de su jurisdicción (municipio de riesgo)	Por 1.000 habitantes	Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Registros del programa de malaria	Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Niveles de atención	Indicador trazador de la disponibilidad de servicios diagnósticos relevantes dadas las condiciones específicas del país y las situaciones de morbilidad, mortalidad, automedicación que supone un diagnóstico tardío o inexistente	Linea de base	
131	Número de menores de 6 meses que acceden a la lactancia materna exclusiva	Total de menores de seis meses	Por 100.000 menores de seis meses	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal IPS ICBF	Salud Bien-estar Familiar	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud y de las IPS a través de los RIPS Información de ICBF Encuesta Nacional de Demografía y salud	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbana, rural Indígenas Desplazados	Esta tasa da cuenta de la difusión de información sobre el estímulo a la lactancia materna como un recurso fundamental para la garantía de una alimentación sana	Linea de base	2000 a 2010: <ul style="list-style-type: none"> • Proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la lactancia materna con complementarios seguros y apropiados hasta los dos años o más

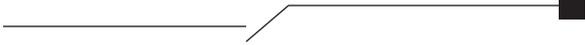
SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
132	Número de defunciones definidas como suicidio en causa de muerte	Población total en el período de referencia	Por 10.000 habitantes	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal ICBF	Salud Protección Social	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud ICBF	Nación Departamentos Distritos Municipios		La prevención de suicidios juveniles es un indicador del cumplimiento de la obligación de desarrollar una política de salud mental	Línea de base	
133	Número de adolescentes que usan métodos anticonceptivos.	Total adolescentes a mitad de período.	Por 100.000 hab.	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital alcaldías gobernaciones	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios		Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Línea de base	2010: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir en un 25% la tasa de infección de los jóvenes por el VIH. • 95% de hombres y mujeres entre los 14 a 24 años tengan acceso a la información y educación sobre VIH y reducir la vulnerabilidad a la infección. • Reducir las tasas de infección con el VIH en las personas entre los 15 y 24 años, a nivel mundial.
134	Número de casos de personas que consumen alcohol y sustancias psicoactivas	Población total en el período de referencia	Por 10.000	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Área de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud e información de RIPS	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano, rural Sexo Indígenas Afrocolombianos Pueblos Rom	Es un indicador que permite evaluar el cumplimiento de la obligación de desarrollar una política de salud mental	Línea de base	
135	No aplica	No aplica	No aplica	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios	No aplica	Indaga mecanismos institucionales de información a la comunidad	Línea de base	
136	Número de personas de población indígena afiliada a la seguridad social	Población indígena total en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios	Sexo, urbano, rural	Analiza la decisión de la población indígena de afiliarse a la seguridad social	Línea de base	

SISTEMA DE INDICADORES DEL DERECHO A LA SALUD

No.	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE		FUENTE	DESAGREGACIONES		INTERPRETACION CÓMO SE INTERPRETA	REFERENTES DE ANÁLISIS	
				INSTITUCIÓN	SECTOR		BÁSICAS	PROPIAS		NACIONAL	INTERNACIONAL
137	Número de egresos por aborto	Total de egresos en el período de referencia	Porcentaje	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal	Salud	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital	Nación Departamentos Distritos Municipios	Urbano, rural , indígenas, desplazados	Se analiza como resultado negativo en salud evitable si se cumple con lo señalado en el derecho a la salud	Línea de base	
138	Var% . P0-P1 + Var % P1-P2		Por ciento	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal EPS	Salud	Bases de datos de aseguramiento en salud territoriales y nacionales	Nación Departamentos Distritos Municipios	Rural - urbana 1996 - 2000 - 2003	La tendencia positiva de cobertura evidencia progresividad en el derecho	Tendencia positiva	
139	Var% . P0-P1 + Var % P1-P2		Por ciento	Ministerio de Protección Social, Secretarías de salud departamental, distrital y municipal ARS	Salud	Bases de datos de aseguramiento en salud territoriales y nacionales	Nación Departamentos Distritos Municipios	Rural - urbana 1996 - 2000 - 2003	La tendencia positiva de cobertura evidencia progresividad en el derecho	Tendencia positiva	

CAPÍTULO 3.



INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD A LA LUZ DEL DERECHO A LA SALUD

Se diseña un instrumento de medición como herramienta para fortalecer el cumplimiento de las obligaciones del derecho a la salud y con el fin de verificar si las políticas públicas diseñadas y ejecutadas contribuyen efectivamente a garantizar que todas las personas disfruten plenamente del derecho a la salud.

Dicho instrumento es un formulario que la Defensoría del Pueblo ha diseñado para el seguimiento y evaluación del conjunto de obligaciones del Estado colombiano en materia del derecho a la salud. Se pretende que sea utilizado de forma periódica y tenga vigencia a largo plazo.

Esta dirigido al conjunto de autoridades públicas encargadas del diseño, formulación y ejecución de las políticas públicas sanitarias de orden nacional (Ministerio de la Protección Social), departamental (secretarías departamentales de salud), distrital (secretarías distritales de salud) y municipal (secretarías municipales de salud).

La estructura básica del instrumento de medición fue definida por el equipo de PROSEDHER Salud de la Defensoría del Pueblo, luego de conocer las opiniones y sugerencias formuladas por varios expertos en el tema de indicadores de salud y por representantes de diversas organizaciones sociales. El instrumento de medición se estructura conservando el ordenamiento de los cuatro elementos esenciales del derecho (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) y dentro de ellos las obligaciones descritas en el cuadro No. 2 “obligaciones del Estado para la realización del derecho a la salud”. Las preguntas y datos del instrumento dan cuenta de forma directa de los indicadores elegidos.

Dado que la mayor parte de las preguntas deben responderse por todos los niveles territoriales, el instrumento de medición está organizado en un núcleo común y en secciones que deben responder sólo determinados niveles territoriales según esté indicado en el instrumento. El instrumento de medición consta de tres partes:

Parte I: Identificación, control de calidad e información general

En esta parte se establece el período de referencia y de recolección; se identifica el nivel territorial que contesta el instrumento; los datos de ubicación del ente territorial y se enuncian algunos parámetros para el control de calidad de la información.

La información general acerca de la población, desagregaciones por étnia, sexo, zona (urbana-rural), desplazamiento, edad, así como datos de vivienda e instituciones de salud que servirán como base para determinar el denominador de los diferentes indicadores.

Parte II. Núcleo de medición de políticas públicas y derecho a la salud.

Es un núcleo común del instrumento de medición, en el que aparecen el conjunto de preguntas e indicadores que deben responder la totalidad de niveles territoriales.

Parte III: Núcleo para los niveles departamentales, distritales y municipales.

En esta parte aparecen el conjunto de preguntas que deben ser respondidas por las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud. Esta estructura es la base del diseño de la aplicación que sustenta la recolección y procesamiento de la información a través del instrumento en la WEB (software de registro del instrumento de medición definido para el seguimiento y evaluación de las políticas públicas desde la perspectiva del derecho a la salud).

Para el desarrollo del sistema de PROSEDHER en los derechos económicos, sociales y culturales, se ha definido el diseño de un conjunto de páginas web (IM-WEBSITE), a fin de que las diferentes entidades diligencien o consulten la información solicitada en el instrumento de medición, ingresando a la página web de la Defensoría del Pueblo, en la dirección URL, <http://www.defensoria.org.co/>, previa digitación del nombre del usuario y clave asignada a cada entidad territorial.

El sitio así construido le permite a la Defensoría del Pueblo apoyar el diseño y la publicación los diferentes instrumentos de medición y la recolección de la información consignada para evaluar el estado de realización de los derechos económicos, sociales y culturales.

Se pretende de esta manera garantizar una adecuada recolección de información, en línea y tiempo real, facilitando su procesamiento y salidas de análisis que sustenten de forma permanente el seguimiento.

En la siguiente tabla se presenta la información básica sobre la aplicación del instrumento de medición:

CUADRO No. 4. Información básica para la aplicación del instrumento

INFORMACIÓN BÁSICA	DEFINICIÓN
Período de referencia	Corresponde al período al que se le hace seguimiento y evaluación. No corresponde siempre al período de aplicación. El período de referencia puede ser el 2003 (año que se evalúa) y el período de aplicación el 2005 (año en el que se diligencia el instrumento).
Desagregación territorial	Nacional Departamental Distrital Municipal
Método de recolección	La información se recolecta mediante el “Instrumento de medición para el seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud”

INFORMACIÓN BÁSICA	DEFINICIÓN
Entidades responsables del diligenciamiento	Nivel nacional: Ministerio de la Protección Social Nivel departamental: Gobernaciones - Secretarías departamentales de salud Nivel Distrital: Alcaldías – Secretarías distritales de salud Nivel Municipal: Alcaldías – Secretarías municipales de salud o entidades que haga sus veces
Tiempo para el diligenciamiento	Un mes calendario (30 días)
Mecanismos de diligenciamiento	Ingresando los datos en la aplicación diseñada en la página web (IM – WEBSITE), de la Defensoría del Pueblo, a fin de que las diferentes entidades diligencien o consulten la información solicitada en el instrumento de medición.
Frecuencia de producción de informes	Anual
Responsables de la administración de la información	Defensoría del Pueblo a nivel central. Delegada de Políticas Públicas. Programa de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Perspectiva de Derechos Humanos – PROSEDHER
Información no disponible	En los casos en que no se disponga de la información solicitada se colocará el código IND (Información No Disponible). Toda la información debe ser veraz, por lo que se utilizará igualmente IND en caso de no garantizar la validez y confiabilidad de los datos.

Es importante aclarar que la Defensoría del Pueblo tiene potestad constitucional y legal para solicitar este tipo de información y exigir que sea entregada en el plazo propuesto⁹³.

93 La Ley 812 de 2003, por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, Hacia un Estado Comunitario, en el Artículo 17, inciso 2° señala que "Las entidades públicas nacionales y territoriales responsables del diseño y ejecución de políticas públicas que tiendan a la satisfacción de derechos económicos, sociales y culturales establecidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en la Constitución Política, deberán suministrar a la Defensoría del Pueblo la información que esta requiera a fin de que se lleve a cabo el seguimiento y evaluación de esas políticas y se establezca en qué medida las mismas desarrollan los derechos económicos, sociales y culturales respectivos y cumplen con las obligaciones que los mismos imponen al Estado colombiano. Esta información será suministrada en los términos establecidos en los artículos 284 de la Constitución Política y 15, 16 y 17 de la Ley 24 de 1992."

DEFENSORÍA DEL PUEBLO
DELEGADA DE POLÍTICAS PÚBLICAS – PROSEDHER

**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD
EN PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS**

PARTE I: IDENTIFICACIÓN, CONTROL DE CALIDAD E INFORMACIÓN GENERAL

Identificación

Periodo de referencia: _____
Desde Día ___ Mes ___ Año ___ Hasta Día ___ Mes ___ Año ___
Periodo de recolección: _____
Nivel territorial de aplicación: Nacional ___ Departamental ___ Municipal ___ Distrital ___
Nombre de la institución que responde: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Control de calidad de la información

Funcionario/a responsable del diligenciamiento: _____
Cargo: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Funcionario/a de la Defensoría del Pueblo a cargo de revisar y codificar la información: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información General

I. Población

I.1. Población total de su jurisdicción⁹⁴: _____ Habitantes

I.2. Desagregación de la población por étnia, sexo, zona y desplazamiento

Población	Número de Personas					
	Zona Urbana		Zona Rurales		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Desplazados						
Indígenas						
Comunidades Negras						
Gitanos (Rom)						
Raizales						

I.3. Desagregación de la población por edad

Población	Número de Personas					
	Zona Urbana		Zona Rurales		Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menores de 1 año						
Entre 1 a 4 años						
Entre 5 y 14 años						
Entre 15 y 24 años						
Entre 25 y 44 años						
Entre 45 y 59 años						
Mayores de 60 años						
Total						

94 Se entiende por **jurisdicción** el límite territorial en el que se ejerce la autoridad sanitaria y por lo tanto las competencias en salud.

2. Vivienda

2.1. Total de viviendas y desagregación por zona

Población	Zona Urbana	Zona Rurales	Total
Numero de viviendas			

3. Institucionalidad de salud

3.1. Instituciones de salud presentes en la jurisdicción y su desagregación por zona y naturaleza

Instituciones	Zona Urbana			Zona Rurales			Total		
	Públicas	Privadas	Mixtas	Públicas	Privadas	Mixtas	Públicas	Privadas	Mixtas
Número de IPS									
Número de EPS									
Número de ARS									

PARTE II: NÚCLEO DE MEDICIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y DERECHO A LA SALUD

CAPÍTULO I. DERECHO A LA DISPONIBILIDAD A LOS CENTROS, BIENES Y SERVICIOS DE SALUD Y A LOS FACTORES DETERMINANTES BÁSICOS DE LA SALUD

I. Facilitar medicamentos esenciales (OGI4CDESC, Párr. 43).

I.1. ¿Existe una política pública de medicamentos? Sí _____ No _____

Describa sus componentes fundamentales, y para cada uno de ellos las estrategias desarrolladas, recursos invertidos y logros obtenidos durante el período de referencia.

Componentes	Estrategias Desarrolladas	Recursos Invertidos	Logros
Medicamentos Esenciales			

I.2. Disponibilidad de servicios farmacéuticos

Servicios Farmacéuticos		Número Total
Servicios farmacéuticos con disponibilidad de recurso humano idóneo para el manejo y administración de medicamentos		
Servicios farmacéuticos existentes ⁹⁵ en la jurisdicción		

95 Para efectos de esta pregunta se entiende como SERVICIOS FARMACÉUTICOS los que se habilitan según las condiciones establecidas en el Decreto 2309 de 2002

1.3. Disponibilidad de medicamentos

Referentes Trazadores		Número Total
Pacientes con SIDA que reciben tratamiento antiretroviral en la jurisdicción		
Pacientes con SIDA en la jurisdicción		
Fórmulas que incluyeron medicamentos antiretrovirales en la jurisdicción		
Fórmulas en las que no se despacharon los medicamentos antiretrovirales en la jurisdicción		
Fórmulas que incluyeron medicamento antihipertensivo inhibidor de la enzima convertidora en la jurisdicción		
Fórmulas en las que no se despachó el medicamento antihipertensivo inhibidor de la enzima convertidora en la jurisdicción		

2. Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de las instalaciones y servicios de agua (OGI4CDESC, Párr. 43, OGI5CDESC, Párr. 37). Garantizar que exista un número suficiente de hospitales, clínicas, centros, bienes y servicios de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (OGI4CDESC, párr. 36).

2.1. Distribuir equitativamente el recurso humano en salud

RECURSO HUMANO Profesional	Número de Profesionales			
	Urbanos		Rurales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Médicos Generales				
Médicos Especialistas				
Promotores de Salud				

2.2. Disponer servicios de salud

Organización de Servicios	Primer Nivel		Segundo Nivel		Tercer Nivel		Cuarto Nivel		Total	
	Urbanos	Rurales	Urbanos	Rurales	Urbanos	Rurales	Urbanos	Rurales	Urbanos	Rurales
Número de consultas de medicina general realizadas por primera vez										
Número de camas hospitalarias disponibles										
Número de salas de partos										

3. Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de salud pública y de recursos hídricos sobre la base de un proceso participativo y transparente. (OGI4CDESC, Párr. 36, OGI5CDESC, Párr. 26).

3.1 Promoción de la salud

Referentes Trazadores	Número	Cuáles	Recursos Ejecutados
Proyectos intersectoriales sobre recursos hídricos, ejecutados			
Proyectos de información dirigidos a derechos y deberes en salud, ejecutados			
Proyectos de educación dirigidos a derechos y deberes en salud, ejecutados			
Proyectos de comunicación dirigidos a derechos y deberes en salud, ejecutados			

3.2 Describa las áreas de intervención, programas, proyectos, recursos invertidos y coberturas logradas en el marco del Plan de Salud Pública

Área de Intervención	Programa	Proyecto	Recursos Invertidos	Coberturas Logradas
Enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia				
Salud sexual y reproductiva				
Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores				
Prevención y control de enfermedades crónicas				
Seguridad alimentaria y nutricional				
Salud mental y violencia				
Otros eventos de interés en salud pública				
Gestión de la salud pública				
Vigilancia en salud pública				
Participación social				
Salud ambiental				
Inspección, vigilancia y control				
Prevención y control de zoonosis				
Otros				

3.3 ¿Cuáles son los cinco problemas sanitarios más relevantes que señala el Sistema de Vigilancia de Salud Pública en su jurisdicción y qué estrategias ha desarrollado para cada uno ellos en el período de referencia?

No.	Problema Sanitario	ESTRATEGIAS DESARROLLADAS
1		
2		
3		
4		
5		

3.4. Participación social en salud

Mecanismos de Participación de Usuarios en Salud	Públicas			Privadas		
	EPS	ARS	IPS	EPS	ARS	IPS
Número de asociaciones de usuarios conformadas						

Mecanismos de Participación Social en Salud	Número Total
Comités de participación comunitaria (COPACOS) en salud constituidos	
Territorios en su jurisdicción en los que debe haber COPACOS	

3.5. ¿Rinde cuentas públicas sobre el estado de salud y la gestión pública en salud? Sí _____ No _____

¿Con qué periodicidad rinden estas cuentas públicas? Precisar la fecha de la última vez y el documento donde esté contenida tal rendición de cuentas

3.6. ¿Asignó recursos PAB para el desarrollo de algún proyecto de salud a través de contratos manejados directamente por grupos organizados de la comunidad en el período de referencia? Sí _____ No _____ ¿Cuántos recursos asignó? \$ _____

4. Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacional de agua para toda la población (OGI5CDESC, Párr. 37).

4.1 ¿Existe una estrategia y un plan de acción de agua para toda la población de la jurisdicción? Sí _____ No _____

Describe la participación del sector salud en el desarrollo de la estrategia y del plan de acción:

5. Desarrollar una política de salud mental (PPEM, p. I, IRE, Párr. 91). Promocionar y apoyar la creación de instituciones que presten servicios de salud mental (OGI4DESC. párr. 35).

5.1 ¿Existe una política pública de salud mental? Sí _____ No _____

Describe áreas de intervención, programas, proyectos, recursos invertidos y coberturas logradas

	Área de Intervención	Programa	Proyecto	Recursos invertidos	Coberturas logradas
Salud Mental					

5.2 Servicios de salud mental

Servicios de Salud Mental	Zona urbana		Zona Rurales	
	Públicas	Privadas	Públicas	Privadas
Número total de IPS con servicios de salud mental en la jurisdicción				
Número de IPS que abrieron nuevos servicios de salud mental en el período de referencia				

5.3 Situación de salud mental

Evento de Salud Mental	Número de Casos									
	Urbana		Rurales		Indígenas		Otros Grupos Étnicos		Desplazados	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Violencia intrafamiliar										
Suicidio										
Abuso de alcohol y otras sustancias										

6. Adoptar medidas para garantizar que los profesionales de la salud gocen de condiciones salariales y laborales adecuadas (IRE, Párr. 96).

6.1. Condiciones salariales del recurso humano en salud

RECURSO HUMANO	Número de Médicos Generales con Remuneración Salarial de menos de 4 SMLV	
	Hombres	Mujeres
Médicos Generales		
Total de médicos generales de tiempo completo equivalentes		

6.2. Condiciones laborales de los trabajadores del sector salud

Condiciones laborales y de salud	IPS Públicas	IPS Privadas
Número de IPS con programas de bioseguridad		

7. Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación ambiental y a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales (PIDESC, Art. 12.2.b, OGI4CDESC, Párr. 36, CI61OIT, Art. 2 y 3.1).

7.1. ¿El sector salud coordina con otras instituciones sus intervenciones en la protección ambiental? Sí _____ No _____

¿En qué consiste tal coordinación?:

	Instituciones	Estrategias desarrolladas de forma coordinada	Recursos invertidos	Logros
Protección Ambiental				

7.2. Contaminación del agua

Agua Analizada en Laboratorio de Salud Pública	1995	2000	2003
Total de muestras de agua analizadas			
Total de muestras analizadas que muestran contaminación			

7.3. ¿Existe una política pública de Salud Ocupacional? Sí _____ No _____

Describa las áreas de intervención, programas, proyectos, recursos invertidos y coberturas logradas:

Área de Intervención	Programa	Proyecto	Recursos Invertidos	Coberturas Logradas
Salud Ocupacional				

7.4. Afiliación a Riesgos Profesionales

Años de Referencia	Porcentaje de Afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales			
	Urbanos		Rurales	
	Servidores Públicos	Trabajadores Privados	Servidores Públicos	Trabajadores Privados
1995				
2000				
2003				

7.5. Situación de salud ocupacional en las empresas

Empresas	Número			
	Urbanos		Rurales	
	Empresas Públicas	Empresas Privadas	Empresas Públicas	Empresas Privadas
Empresas que tienen Programas de Salud Ocupacional				
Número de empresas totales en la jurisdicción				

7.6. Frecuencia de eventos en salud relacionados con el trabajo

	1995		2000		2003	
	Sector Público	Sector Privado	Sector Público	Sector Privado	Sector Público	Sector Privado
Accidentes laborales						
Muerte Laboral						
Total población trabajadora						

8. Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (PIDESC, Art. 10.2.c, PSS, Art. 10.2.d, OGI4CDESC, Párr. 44).

8.1. Situación epidemiológica de las enfermedades endémicas y epidémicas (Mortalidad)

Evento	Población de Referencia	Total Población de Referencia						Número de Casos						Tasa de Mortalidad por 100.000					
		Total		Urbanos		Rurales		Urbanos		Rurales		Urbanos		Rurales		Urbanos		Rurales	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Mortalidad por malaria	Población a riesgo																		
Mortalidad por dengue	Población a riesgo																		
Mortalidad por EDA	Menores de 5 años																		
Mortalidad por IRA	Menores de 5 años																		
Mortalidad por desnutrición	Menores de 5 años																		
Mortalidad por enfermedad cardiocerebrovascular	Población mayor de 30 años																		
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	Mujeres mayores de 15 años																		

8.2. Situación epidemiológica de las enfermedades endémicas y epidémicas (Morbilidad)

Evento	Total Población de Referencia		Número de Casos		Tasa de Morbilidad por 100. 000 hab.
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
No. de casos nuevos de sífilis congénita en menores de un año					
No. de casos de tuberculosis en población general					
No. de pacientes tuberculosos con tratamiento acortado super-visitado en población enferma de tuberculosis					

9. Proteger las instalaciones y reservas de agua potable, así como las obras de regadío, durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales (OG15CDESC, párr. 22).

9.1 ¿Qué tipo de acciones coordinadas se han desarrollado en la jurisdicción, para establecer dispositivos de seguridad alrededor de las reservas de agua potable y de las obras de regadío existentes?

9.2 ¿Estas forman parte de los planes de emergencia territorial? Sí _____ No _____

10. Adoptar medidas para evitar la transmisión del VIH de madres a hijos (OG3CDN, párr. 26). Incluir planes de acción, estrategias, políticas y programas relacionados con el VIH/SIDA en la labor de los organismos nacionales encargados de vigilar y coordinar la observancia de los derechos de los niños (OG3CDN, párr. 40.d). Velar por la aplicación de las estrategias recomendadas por los organismos de las Naciones Unidas a fin de prevenir la infección por el VIH en los lactantes y los niños de corta edad (OG3CDN, párr. 25).

Evento	Total Población de Referencia		Número de Casos		Tasa de Morbilidad por 100. 000 hab.
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
No. de casos nuevos de VIH SIDA en menores de un año					

11. Ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas Rurales (OG14DESC, párr. 36). Adoptar medidas para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres (CDN, art. 24.2.d, CETFCM, art. 12.2). Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN, párr. 31).

11.1. Programas preventivos de salud sexual y reproductiva

Programa	Urbanos	Rurales	Indígenas	Desplazadas
Citologías de primera vez tomadas a mujeres entre 25 y 69 años				
Población total de mujeres de 25 a 69 años				

Número de IPS con servicios específicos de salud sexual y reproductiva	Urbanos	Rurales	Total

11.2. Prestación de servicios de maternidad

Servicios de maternidad	Urbanos	Rurales	Total
Número total de gestantes			
Número total de controles prenatales			
Número total de partos atendidos (incluye cesáreas)			
Número total de partos atendidos por médico (general o especialista)			

11.3. Situación de salud materna

Salud materna	Población / Casos		
	Urbanos	Rurales	Indígenas
Número de embarazos en adolescentes			
Población de adolescentes 14 a 19 años			
Total mujeres embarazadas			
Total nacidos vivos			
Número de egresos por aborto			
Total de egresos			

12. Garantizar la exigibilidad judicial del derecho a la salud ((PIDESC, art. 2, OG3CDESC, párr. 5).

12.1. Exigibilidad judicial del derecho a la salud a través de la tutela

Tutelas	Número	
	1995	2000
Tutelas en salud		2003
Tutelas en salud falladas favorablemente a los ciudadanos		

12.2. Exigibilidad judicial del derecho a la salud a través de la acción popular

Acciones Populares	Número	
	1995	2000
Acciones populares en salud		2003
Acciones populares en salud falladas contra la entidad territorial que se ejecutan por la autoridad competente		

12.3. Acción ciudadana para la protección ambiental

Acciones Populares	Número	
	1995	2000
Total de acciones populares en torno a contaminación ambiental		2003

13. Extender progresivamente el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas que estén interesados en ello (CI69OIT, art. 24).

Distribución según afiliación	Total de personas afiliadas			
	Urbanos		Rurales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población indígena afiliada a la seguridad social				
Población indígena total				

14. Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OGI4DESC, párr. 21, IRE, párr. 47).

14.1. Mortalidad infantil

Mortalidad Infantil	Tasa por 1.000 Nacidos Vivos									
	Urbanos		Rurales		Indígenas		Otros Grupos Étnicos		Desplazados	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M

14.2. Mortalidad materna

Mortalidad	Tasa por 1.000 Nacidos Vivos				
	Urbanos	Rurales	Indígenas	Otros Grupos Étnicos	Desplazados
Mujeres gestantes totales					
Mujeres gestantes adolescentes					

15. Reducir y detener la propagación delVIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (IRE, párr. 47).

Evento	Casos Nuevos		Casos Antiguos	
No. total de casos de VIH SIDA en hombres				
No. total de casos de VIH SIDA en mujeres				

Organización de Servicios	Primer Nivel		Segundo Nivel		Tercer Nivel		Cuarto Nivel	
	Rurales	Urbanos	Rurales	Urbanos	Rurales	Urbanos	Urbanos	Rurales
Número de puestos de diagnóstico para malaria en municipios de alto riesgo								

16. Suministrar los servicios especializados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, así como programas eficaces de rehabilitación y capacitación (CBDP, art. 8.d y 8.f). Velar por que las mujeres en situaciones especialmente difíciles como las que se encuentran en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección y servicios de salud (RG24CEDAW, párr. 16).

- 16.1. ¿Existen planes de acción dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? Sí _____ No _____
- ¿Existen programas de atención dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? Sí _____ No _____
- ¿Existen programas de capacitación dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? Sí _____ No _____
- ¿Existen programas de rehabilitación dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia? Sí _____ No _____

Describe las áreas de intervención

	Programas	Acciones
Intervención en Mujeres Víctimas de Violencia	Atención	
	Capacitación	
	Rehabilitación	

16.2. Cobertura de programas de salud dirigidos a mujeres víctimas de la violencia.

Mujeres Víctimas de Violencia	Número Total
Mujeres víctimas de la violencia que reciben programas de salud	
Total de mujeres víctimas de la violencia en la jurisdicción	

17. Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad (OG14CDESC, párr. 44).

17.1. Porcentajes de cobertura de vacunación⁹⁶ de la población

Biológicos	Coberturas de Vacunación por Períodos		
	1997	2000	2003
BCG			
Esquema completo antipolio			
Esquema completo DPT			
Esquema completo antihепatitis			
Esquema completo haemophilus influenzae			
Esquema completo antisarapión			
Esquema completo triple viral			
Esquema completo antitetánica en mujeres en edad fértil			

96. Se tienen en cuenta el conjunto de vacunas definido en el esquema básico propuesto por la OMS/OPS y el Ministerio de la Protección Social.

18. Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a jurisdicción del Estado (PSS, art. 10.2.b). Proporcionar seguro médico y centros de atención en salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes (OGI4CDESC, párr. 19).

18.1. Personas afiliadas al SGSSS

Distribución por afiliación	Total de personas afiliadas			
	Hombres	Mujeres	Indígenas	Otros Grupos Étnicos
Población total afiliada a la seguridad social				
Población afiliada al régimen contributivo				
Población afiliada al régimen subsidiado				
Población afiliada a regímenes especiales				
Población sin afiliar niveles de SISBEN 1 Y 2				
Población sin afiliar niveles de SISBEN 3 Y 4				
Población con capacidad de pago				
Población en condición de desplazamiento, afiliada				
Población desplazada total				
Población menor de 1 año, afiliada				
Población de 1 a 4 años, afiliada				
Población de 5 a 14 años, afiliada				
Población de 15 a 44 años, afiliada				
Población de 45 a 59 años, afiliada				
Población mayor de 60 años, afiliada				

19. Adoptar medidas para reducir la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños (CDN, art. 24.2.a., PIDES, art. 12.2.a, OG14DESC, párr 22). Adoptar medidas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud (CDN, art. 24.2.b).

19.1. Programas preventivos en salud infantil

INDICADOR	Urbanos		Rurales		Indígenas		Otros grupos étnicos		Desplazados	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Cobertura de control integral (crecimiento y desarrollo) al menor de 5 años										
Cobertura de programas de tamizaje de salud visual en menores de 14 años										

20. Adoptar medidas para combatir las enfermedades y la malnutrición infantil en el marco de la atención primaria en salud (CDN, art. 24.2.c).

20.1 Situación nutricional

Situación nutricional	Tasas x 100.000								
	Urbanos		Rurales		Indígenas		Desplazados		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Desnutrición Aguda en niños menores de 5 años									

21. Adoptar medidas para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos (OG4CDN, párr. 12).

21.1. ¿Existen políticas y programas formulados para garantizar la atención y protección de adolescentes impedidos?

Sí No Describa las áreas de intervención

Intervención a Adolescentes Impedidos	Programas	Acciones
Protección		

21.2. Casos de abuso de adolescentes impedidos.

Adolescentes Impedidos víctimas de Abuso Físico y/o Sexual	Número
Casos registrados	

22. Ofrecer a las personas mayores servicios de prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad (OG6CDEESC, párr. 35 OGI4CDEESC, párr. 25).

22.1 Cobertura de programas dirigidos a adultos mayores

Adultos Mayores	Número			
	Urbanos		Rurales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Número de adultos mayores que reciben atención integral de las enfermedades.				

23. Ofrecer a los reclusos a disponer de servicios médicos y odontológicos, así como de instalaciones sanitarias adecuadas, agua suficiente y salubre y de instalaciones adecuadas para el tratamiento de las reclusas embarazadas (RMPTR, art. 12, 22, 23, OGI5CDEESC, párr. 16).

23.1. Condiciones de servicios en cárceles

	Número total
Cárceles en la jurisdicción	
Cárceles con servicios médicos	
Cárceles con servicios odontológicos	

23.2. Cobertura de atención prenatal a internas

Servicios de maternidad	Número
Total de controles prenatales a internas	
Total de internas gestantes	

24. Velar por que se ponga a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad (CI690IT, art. 25. I).

- 24.1. ¿Cuántas ARS Indígenas se han constituido en su jurisdicción? _____
- 24.2. ¿Cuántas IPS con adecuación etnocultural hay en su jurisdicción para población indígena? _____

25. Reglamentar o prohibir la información y la comercialización relativas a sustancias como el alcohol y el tabaco, especialmente cuando están dirigidas a niños y adolescentes (OG4CDN, párr. 25).

- 25.1. Describa el conjunto de normas que reglamentan la prohibición de difundir y comercializar el alcohol entre los niños y adolescentes en de su jurisdicción:

25.2. Describa el conjunto de normas que reglamentan la prohibición de difundir y comercializar el cigarrillo entre los niños y adolescentes en su jurisdicción:

26. Ofrecer a los adolescentes con perturbaciones mentales tratamiento y rehabilitación adecuados (OG4CDN, párr. 29).

26.1. Atención a adolescentes con deficiencias cognitivas.

Adolescentes con Deficiencias Cognitivas	Número												
	Urbanos		Rurales		Indígenas		Comunidades Negras		Rom				
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			
Número de adolescentes con deficiencias (trazador – retardo mental) cognitivas que reciben programas de tratamiento adecuados													
Número total de adolescentes con deficiencias cognitivas (trazador retardo mental) en su jurisdicción													

27. Mencione las principales barreras que considera limitan el derecho a la disponibilidad de instituciones, bienes

y servicios de salud y el cumplimiento de las obligaciones del Estado en este aspecto, en el área de su jurisdicción:

Tipo De Barrera	Limitantes principales para el cumplimiento de las obligaciones definidas en el derecho a la salud Disponibilidad	Componente
Normativas		
Presupuestales		
De Diseño de Políticas		
De Implementación de Políticas		

CAPITULO II. DERECHO AL ACCESO A LOS CENTROS, BIENES Y SERVICIOS DE SALUD Y A LOS FACTORES DETERMINANTES BÁSICOS DE LA SALUD

1. Garantizar el acceso a los centros, bienes, servicios de salud e instalaciones y servicios de agua sobre una base no discriminatoria (CETFD CM, art. 12.1, OGI4CDESC, párr. 43, OGI5CDESC, párr. 37).

1.1. Población afiliada al SGSSS en los últimos años

Año	Total Personas Afiliadas Zona Urbana		Total Personas Afiliadas Zona Rurales	
	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
1996				
2000				
2003				

2. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura (OGI4CDESC, párr. 43).

2.1. Situación nutricional

Situación Nutricional	Tasas x 100.000								
	Urbanos		Rurales		Indígenas		Desplazados		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Acceso a programas nutricionales									
Acceso de mujeres embarazadas a programas de estímulo de la lactancia materna									
Niños con lactancia materna exclusiva en los primeros seis (6) meses									

2.2. Situación nutricional en relación con la situación socioeconómica

Situación nutricional	Tasas x 100.000 según Estratos Socioeconómicos ⁹⁷					
	1	2	3	4	5	6
Desnutrición aguda de niños menores de 5 años						
Acceso a programas nutricionales						

3. Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como al suministro de una cantidad esencial de agua potable que sea suficiente para el uso personal y doméstico (OGI4CDESC, párr. 43, OGI5CDESC, párr. 37). Ampliar los servicios de saneamiento, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños (OGI5CDESC, párr. 29).

3.1. Condiciones sanitarias básicas

Tipo de Servicios	Número de Viviendas Cubiertas por Servicios según Estrato Socioeconómico													
	Urbanos						Rurales							
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6		
De acueducto														
De alcantarillado														
De recolección de basura														
Total viviendas														

97 Se entiende por **estrato socioeconómico** el nivel de clasificación de la población con características similares, en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinadas de manera indirecta mediante las condiciones físicas de la vivienda y su localización. **NO CORRESPONDE** a los niveles definidos en la ficha SISBEN.

4. Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de la salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades (PSS, art. 10.2.e, OGI4CDESC, párr. 44). Vigilar que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y a los servicios relacionados con la salud (OGI4CDESC, párr. 35).

4.1. Información a los usuarios de salud

Instituciones de Salud	Número												
	Urbanos						Rurales						
	Público			Privado			Público			Privado			
EPS	ARS	IPS	EPS	ARS	IPS	EPS	ARS	IPS	EPS	ARS	IPS		
Oficinas de atención e información al usuario que funcionan													

4.2. ¿Su institución cuenta con oficina de atención e información al usuario? Sí ____ No ____ ¿Cuántas? _____

4.3. ¿Qué estrategias comunicativas usan para la difusión de información a la población? ¿Programas: masivos, individuales, grupales? Describalas:

4.4. ¿Los ciudadanos tienen acceso a la información derivada de los sistemas de información en salud? ¿De qué manera?

5. Adoptar medidas para que se difunda información adecuada acerca del uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua (OGI5CDESC, párr. 25).

5.1. ¿Qué tipo de información difunde el sector salud sobre el uso higiénico del agua?

5.2. ¿Qué tipo de información difunde el sector salud sobre la protección de las fuentes de agua?

5.3 ¿Qué tipo de información difunde el sector salud sobre los métodos para reducir los desperdicios de agua?

5.4 ¿A través de qué estrategias difunde esta información?

6. Abstenerse de censurar, ocultar o tergiversar deliberadamente la información relacionada con la salud, incluida la educación y la información sobre la sexualidad (OG3CDN, párr. 16).

6.1. Cobertura de programas dirigidos a la información y capacitación sobre servicios de salud, educación e información sobre salud sexual

Programas	Número de Personas Cubiertas										
	Menores 5 años		Entre 5 a 14 años		Entre 15 y 24 años		Entre 25 y 45 años		Mayores de 45 años		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Información y capacitación sobre servicios de salud											
Educación e información sobre salud sexual.											

7. Proteger la confidencialidad de las pruebas de detección del VIH, tanto en el marco de la atención sanitaria como en el sistema público de salud y velar porque no se revelen sin el consentimiento del interesado (OG3CDN, párr. 24).

7.1. ¿Cuántas quejas se han recibido por manejo inadecuado de información confidencial sobre diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA en su jurisdicción? _____

8. Revisar la legislación a fin de prohibir expresamente la discriminación basada en un estado serológico real o supuesto en relación con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 40.c).

8.1 ¿Existe normatividad que prohíba expresamente la discriminación basada en un estado serológico real o supuesto en relación con el VIH/SIDA?
Sí _____ No _____

Identifíquela _____

9. Negociar con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible (OG3CDN, párr. 28).

¿Han establecido algún tipo de convenio con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios para el tratamiento del VIH/Sida estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible? Sí _____ No _____

Describe los puntos esenciales de dichos acuerdos:

10. Velar porque el sector público y privado de la salud cumpla el principio de no discriminación de hecho y de derecho para las personas con discapacidad (OGI4CDESC, párr. 26, IRE, párr. 67).

10.1. Cobertura de programas dirigidos a la población con discapacidad

Programas	Número de Personas con Discapacidad Atendidas											
	Menores 5 años		Entre 5 a 14 años		Entre 15 y 24 años		Entre 25 y 45 años		Mayores de 45 años			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Promoción y prevención												
Servicios de atención y rehabilitación												
Total de personas con discapacidad												

11. Adoptar medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia (IRE, párr. 68).

11.1. Cobertura de programas de información y capacitación dirigidos a eliminar la discriminación contra las personas con VIH/SIDA.

Programas	Número de personas cubiertas											
	Entre 5 a 14 años		Entre 15 y 24 años		Entre 25 y 45 años		Mayores de 45 años		Indígenas			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Información y capacitación dirigidas a eliminar la discriminación contra las personas con VIH/SIDA.												

12. Respetar y proteger al personal sanitario. (PII, art. 8). Abstenerse de obligar al personal médico a realizar actos o efectuar trabajos contrarios a la deontología u otras normas médicas destinadas a proteger a los heridos y enfermos (PII, art. 10). Proporcionar al personal sanitario la ayuda necesaria para desempeño de sus funciones (PII, art. 9). Ofrecer, en la medida de lo posible y en el plazo más breve, a los heridos, enfermos y náufragos, que hayan tomado parte o no en el conflicto armado, los cuidados médicos que exija su estado (PII, art. 7).

12.1. Ataque a la Misión Médica

Ataque a la Misión Médica	Número de Denuncias Realizadas Ante Autoridades																				
	Atentados al Personal de Salud				Ataques a las Instituciones de Salud				Ataques a las Ambulancias o su Uso Militar				Impiden Circulación de Personal Sanitario y/o de Medicamentos				Acciones que obligaron al personal de salud a realizar actos o a efectuar trabajos contrarios a la normas médicas destinadas a proteger a los heridos y enfermos				
	G*	P*	E*	O*	G.	P	E	O	G.	P	E	O	G.	P	E	O	G.	P	E	O	
Áreas Urbanas																					
Áreas Rurales																					

* G = Guerrilla P = Paramilitares E = Ejército O = Otros actores armados

12.2. Cobertura de protección estatal al personal de salud en áreas de conflicto armado

Personal de Salud	Número			
	Urbanos		Rurales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cubierto por programas estatales de protección para el ejercicio de sus funciones				
Total en la jurisdicción				

12.3. Cobertura de programas de protección en salud a las personas víctimas del conflicto armado

Victimas del Conflicto Armado	Número								
	Población General		Desplazados		Comunidades Negras		Indígenas		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Que reciben programas de protección en salud									
Total en la jurisdicción									

13. Proporcionar instalaciones, bienes y servicios sanitarios que sean accesibles a todos los adolescentes con discapacidades y conseguir que esas instalaciones y servicios promuevan su autoconfianza y su participación activa en la comunidad (OG4CDN, párr. 35).

13.1. Cobertura de programas de reinserción social dirigidos a adolescentes con discapacidad

Adolescentes con Discapacidad	Número
Que asisten a programas de reinserción social	
Total en la jurisdicción	

14. Velar por que los niños y adolescentes tengan acceso continuo, en igualdad de condiciones a tratamientos y cuidados completos, incluida la prescripción de los fármacos necesarios relacionados con elVIH, y a bienes y servicios sin discriminación (OG3CDN, párr. 28, OG4CDN, párr. 30).

14.1 Cobertura de programas de atención y tratamiento a niños y adolescentes con VIH

Niños y Adolescentes con VIH	Número	
	Hombres	Mujeres
Cubiertos por programas de atención y tratamiento		
Total en la jurisdicción		

14.2. ¿Cuántas tutelas en salud que demandan la atención y tratamiento de niños o adolescentes con VIH se han recibido en su jurisdicción? _____

15. Velar porque todos los niños y adolescentes, incluso los que padecen discapacidad o emplean una lengua diferente, tengan acceso a información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes, prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales (OG3CDN, párr. 16 y 17, OG4CDN, párr. 10). Las políticas y programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA deben resultar acordes con el principio de interés superior del niño y deben ser receptivos a sus necesidades y deben tener en cuenta las diferencias de sexo, edad, contexto social, económico y político (OG3CDN, párr. 10, 20 y 21).

15.1. Cobertura de programas de promoción y prevención dirigidos a niños y adolescentes que suministren información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes y prácticas tradicionales peligrosas.

Niños y Adolescentes	Número								
	Población General		Indígenas		Comunidad Negra		Rom		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Cubiertos por programas de promoción y prevención que suministren información adecuada y oportuna en relación con la prevención del VIH/SIDA, planificación familiar, prevención de accidentes y prácticas tradicionales peligrosas.									
Total en la jurisdicción									

16. Ofrecer a los menores servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo costo, métodos anticonceptivos y, cuando sea necesario, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA (OG3CDN, párr. 20).

16.1. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Salud Sexual y Reproductiva	Tasas x 100.000 hab.									
	Urbanos		Rurales		Indígenas		Desplazados			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes										
Incidencia de VIH en adolescentes										

17. Mencione las principales barreras que consideran limitan el derecho a la accesibilidad de instituciones, bienes y servicios de salud y el cumplimiento de las obligaciones del Estado en este aspecto en el área de su jurisdicción:

Tipo De Barrera	Limitantes principales para el cumplimiento de las obligaciones definidas en el derecho a la salud Accesibilidad
Normativas	
Presupuestales	
De Diseño de Políticas	
De Implementación de Políticas	
De Seguimiento y Evaluación	

2.1. Programas de salud dirigidos a grupos étnicos

Programas de Etnosalud	Número	
	IPS Públicas	IPS Privadas
A grupos indígenas		
A comunidades negras		
A grupos rom		
A grupos raizales		

2.2. Quejas por discriminaciones

Quejas	Origen				Personas con Discapacidad
	Mujeres	Indígenas	Comunidades Negras	Rom	
Número de quejas presentadas ante las instituciones de salud por razones de discriminación cultural u otra razón de discriminación					

2.3. Personal sanitario

Personal Sanitario	Indígenas	Comunidades Negras	Rom	Raizales
Número de profesionales de la salud formados en prácticas de medicina tradicional				
Número de personas del grupo étnico formados como profesionales de la salud				
Población total en la jurisdicción del grupo étnico correspondiente				

3. Proteger las plantas medicinales y los animales que resultan necesarios para el disfrute del derecho a la salud de los pueblos indígenas (OGI 4CDESC, párr. 27). Abstenerse de prohibir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales (OGI 4CDESC, párr. 34).

¿Se han elaborado e implementado políticas que respeten y apoyen las diversas prácticas curativas y medicinas tradicionales para el disfrute del derecho a la salud de los grupos étnicos? Sí _____ No _____

¿Cuáles? _____

¿Se ha realizado de manera concertada con estos grupos? Si _____ No _____

Cite el soporte documental de las políticas elaboradas e implementadas: _____

4. Garantizar que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (OGI 4CDESC, párr. 12-c).

4.1. Quejas por violación a la confidencialidad

Quejas	Número	
	IPS Públicas	IPS Privadas
Presentadas antes los Comités de Ética Hospitalaria por los usuarios por violación de médicos a la confidencialidad		
Presentadas ante el Tribunal de Ética Médica por violación de médicos a la confidencialidad		
Médicos sancionados por estas quejas		

5. Asegurar que los servicios de salud que se ofrecen a los pueblos indígenas sean apropiados desde el punto de vista cultural (CI69OIT, art. 25.2, OGI4CDESC, párr. 27). Velar por que se ponga a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad (CI69OIT, art. 25.1).

Presupuesto	Valor en Pesos
Presupuesto de ejecución directa por las poblaciones indígenas para salud y agua	
Presupuesto total de la vigencia (salud y agua)	

6. Proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen los servicios de salud y para que planifiquen, ejerzan y controlen su acceso al agua (OGI4CDESC, párr. 27, OGI5CDESC, párr. 16).

6.1. Programas de Etnosalud

Programa	Número			
	Urbanos		Rurales	
	Instituciones Públicas	Instituciones Privadas	Instituciones Públicas	Instituciones Privadas
Programas de Etnosalud desarrollados				

7. Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten la salud de la mujer (OGI4CDESC, párr. 3 l.a, RG24CEDAW, párr. 9). Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la intimidad, consentimiento, confidencialidad, autonomía y opción con conocimiento de causa (RG24CEDAW, párr. 3 l.e

7.1. Trato en los servicios de salud por condición de mujer

Quejas	Número			
	Urbanos		Rurales	
	Instituciones Públicas	Instituciones Privadas	Instituciones Públicas	Instituciones Privadas
Quejas presentadas por mujeres por razones de maltrato en la prestación de servicios y programas de salud, por su condición de mujer				
Programas que atienden el problema de violencia contra las mujeres				

8. Mencione las principales barreras de orden normativo, presupuestal, de diseño e implementación de políticas y de seguimiento y evaluación, que considera limitan el derecho a la aceptabilidad en los centros, bienes y servicios de salud y el cumplimiento de las obligaciones del Estado en este aspecto, en el área de su jurisdicción:

Tipo de Barrera	Limitantes principales para el cumplimiento de las obligaciones definidas en el derecho a la salud Componente Aceptabilidad
Normativas	
Presupuestales	
De Diseño de Políticas	
De Implementación de Políticas	
De Seguimiento y Evaluación	

2.2. Denuncias por falta de ética médica

Criterio	Número
Comités de Ética Hospitalaria conformados	
Denuncias presentadas ante el Tribunal de Ética Médica	
Denuncias tramitadas por los Tribunales de Ética Médica	
Sanciones emitidas por los Tribunales de Ética Médica	

3. Adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, en particular velando por el acceso a unos servicios de saneamiento adecuados (OGI5CDESC, Párr. 37).

3.1. ¿Existe un plan de prevención y descontaminación de aguas para el consumo humano en la jurisdicción? Sí _____ No _____

Describe de qué manera participa la Secretaría de Salud en este plan:

3.2. Indique la cobertura de servicio de agua apta para el consumo humano en la jurisdicción _____

4. Fomentar la investigación en salud (OGI4CDESC, párr. 36).

4.1 Investigación en el sector salud

	1995	2000	2003
Porcentaje del presupuesto de salud asignado a la investigación en salud			

5. Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos (OGI4DESC, párr. 44).

5.1. Capacitación en el sector salud

Aspectos de Capacitación en el Sector Salud	1995	2000	2003
Número de programas de formación en derechos humanos para el personal del sector salud que fueron realizados			

6. Asegurar que las instituciones, servicios y establecimientos encargados de la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad y competencia de su personal (CDN, art. 3.3).

6.1 Instituciones, servicios y establecimientos que atienden niños

Instituciones, Servicios y Establecimientos que Atienden Niños	Número
Que fueron cerradas por no cumplir con las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad y competencia de su personal	
Total en la jurisdicción	

7. Asegurar que las escuelas e instalaciones recreativas que funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, como por ejemplo la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela (OG4CDN, párr. 17).

7.1. Instituciones educativas en condiciones de seguridad

Instituciones Educativas	Número
Total con permiso sanitario	
Total en la jurisdicción	

8. Velar porque todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes (NUSIOPD, artículo 2.4). Velar por que el personal médico, paramédico y personal conexas sea debidamente capacitado para que pueda prestar asesoramiento apropiado a los padres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos con discapacidad. (NUSIOPD, art. 2.5).

8.1. Cobertura de programas de capacitación

Personal Médico y Paramédico	Número
Que recibe programas de capacitación dirigidos a temas relacionados con el manejo de personas con discapacidad	
Total de personal en su jurisdicción	

8.2. Cobertura de acceso a tecnologías y métodos de tratamiento requeridos por personas con discapacidad que lo requieren

Personas con Discapacidad	Número
Que tienen acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes que lo requieren	
Total en su jurisdicción	

9. Mencione las principales barreras que considera limitan el derecho a la calidad de instituciones, bienes y servicios de salud y el cumplimiento de las obligaciones del Estado en este aspecto, en el área de su jurisdicción:

Tipo de Barrera	Limitantes principales para el cumplimiento de las obligaciones definidas en el derecho a la salud Componente Calidad
Normativas	
Presupuestales	
De Diseño de Políticas	
De Implementación de Políticas	
De Seguimiento y Evaluación	

SIGLAS EMPLEADAS



CDN: Convención sobre los Derechos del Niño.

CI61OIT: Convenio 161 de la Organización Internacional del Trabajo.

CI69OIT: Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo.

CETFDCM: Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

CBDP: Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).

CEDCPD: Convención para la Eliminación de la Discriminación contra las Personas con Discapacidad,

IRE: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

NUSIOPD: Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad,

OG3CDESC: Observación general No.3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OG5CDESC: Observación general No.5 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,

OG6CDESC: Observación general No.6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OG14CDESC: Observación general No.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OG15CDESC: Observación general No.15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OG3CDN: Observación general No. 3 del Comité de los Derechos del Niño.

OG4CDN: Observación general No. 4 del Comité de los Derechos del Niño,

PII: Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PPEM: Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

PSS: Protocolo de San Salvador.

RG24CEDAW: Recomendación general No.24 del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer).

RMPTR: Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DPT: Triple bacteriana

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

EPS: Entidad promotora de salud

IRA: Infección respiratoria aguda

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

PAB: Plan de atención básica

PAI: Programa ampliado de inmunización

POS: Plan obligatorio de salud

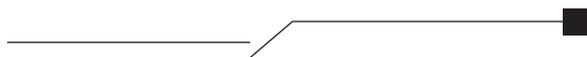
POS-S: Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado

SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud

SISBEN: Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales

SIVIGILA: Sistema de vigilancia en salud pública

GLOSARIO



Cotizantes: Las personas afiliadas al régimen contributivo tales como trabajadores dependientes, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago.

Deontología: Tratado de los deberes y derechos.

Derecho a la salud: Derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental que sea posible, lo cual supone algo más que liberar al individuo de afecciones o molestias y proveer las condiciones que le permitan desarrollarse sanamente y gozar de un nivel de vida adecuado. Incorpora los factores determinantes de la salud: PIDESC, art. 12).

Entidad Promotora de Salud: Entidad responsable de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Organiza y garantiza la prestación del Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados.

Estrato socioeconómico: Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinada de manera indirecta mediante las condiciones físicas de la vivienda y su localización. No corresponde a los niveles definidos en la ficha del SISBEN.

Etnosalud: La atención en salud de los distintos grupos étnicos y culturales que habitan en el país, manteniendo el respeto de su medicina tradicional, esto es, del saber de los médicos tradicionales, de las parteras, las sobanderos y otros e integrando las contribuciones de la medicinal occidental a través de médicos, enfermeras, auxiliares y promotores de salud.

Indicadores: Instrumentos que facilitan la interpretación precisa de una situación de interés, en circunstancias de tiempo, modo y lugar, a partir de un conjunto de relaciones cualitativas o cuantitativas que dan cuenta del comportamiento de una o más variables, y que contribuyen a medir cambios⁹⁸.

98 Defensoría del Pueblo. *Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública Educativa a la Luz del Derecho a la Educación*. Bogotá. 2004. p. 61. En el mismo sentido véase Ana Barrios. *Indicadores de Medición, Aspectos Metodológicos y Estrategias de Exigibilidad del Derecho a la Salud*. En: Seminario Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Indicadores para su Exigibilidad y Vigilancia Social. Plataforma Sudamericana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Bogotá. 1999.

Instrumento de Medición (IM): Conjunto de preguntas e indicadores que permiten hacer seguimiento y evaluar el estado de realización de un derecho y el cumplimiento de las obligaciones que el Estado con respecto a él.

Jurisdicción: Límite territorial dentro del cual se ejerce la autoridad sanitaria y, por tanto, la competencia en salud.

La salud como bien público: La salud como un bien colectivo que no admite ser tratado como un bien de mercado susceptible de ser apropiado para su usufructo por los particulares y que reclama, en consecuencia, la estricta vigilancia, protección y promoción por parte del Estado.

Plan obligatorio de salud: Es el plan de beneficios a que tienen derecho las personas y las familias vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende la atención preventiva, protección, promoción y fomento integral de la salud, la atención médico-quirúrgica y la rehabilitación para todas las patologías, según niveles de atención y complejidad, así como los medicamentos esenciales.

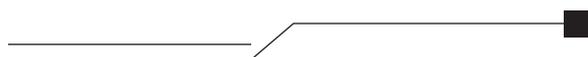
Régimen contributivo: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar; o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia con su empleador.

Régimen subsidiado: Conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas pobres al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

Servicios farmacéuticos: Servicios que se habilitan según las condiciones establecidas en el Decreto 2309 de 2002.

Tasa: Se entiende por tasa una medida que expresa la frecuencia con la cual se presenta determinado evento en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA



Bartram J. y G. Howard. *Cantidad del agua, porcentaje de disponibilidad y salud domésticos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.

Barrios, Ana. *Indicadores de Medición, Aspectos Metodológicos y Estrategias de Exigibilidad Derecho a la Salud*, *En: Seminario Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Indicadores para su Exigibilidad y Vigilancia Social*. Bogotá. Plataforma Sudamericana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1999.

Constitución Política de Colombia. Bogotá: Editorial Legis, 2004.

Defensoría Pueblo de Colombia. *Sistema de Seguimiento y Evaluación del la Política Pública Educativa a la Luz del Derecho a la Educación*. Bogotá: Programa de Seguimiento de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer. Serie DESC, 2004.

Defensoría del Pueblo de Colombia. *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Bogotá: Programa de Seguimiento de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer. Serie DESC, 2003.

Defensoría Pueblo de Colombia. *Guía general para el trabajo operativo conjunto y elaboración de protocolos*. Documento de trabajo. Bogotá: Programa de Seguimiento de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer. 2002.

Defensoría Pueblo de Colombia. *Sistema de Seguridad Social en Salud*. Borrador de trabajo. Bogotá: Programa de Seguimiento de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Derechos Humanos, ProSeDHer, 2002.

Franco G, Álvaro. "Las políticas públicas en salud, al final del siglo". *Revista Salud Pública*. Vol. 2 No.3, noviembre 2000. Págs. 302 - 309.

Hernández Samperi, Roberto, Carlos Fernández, Pilar Baptista. *Metodología de la investigación*. Segunda Edición. México: MC Graw Hill, 1999. p. 64.

Laurell, Asa Cristina. "La política de salud en el contexto de las políticas sociales". *En: Salud, Cambio social y Política: perspectivas desde América Latina*. México, Hedamox, 1998.

Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Acuerdo No. 77 de 1997, por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social.

Ministerio de La Protección Social. *Programa nacional de salud 2002 – 2006*. Seguridad y protección Social. Cap. I, págs. 13-23.

Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (XXI), del 10 de diciembre de 1948.

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (III), del 16 de diciembre de 1966.

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (III), del 16 de diciembre de 1966.

Naciones Unidas. Declaración sobre los Derechos del Niño, proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), del 20 de noviembre de 1959.

Naciones Unidas. Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada por la Asamblea General en su resolución 3447 (XXX), del 9 de diciembre de 1975.

Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Retrazado Mental, proclamada por la Asamblea General en su resolución 2856 (XXVI), del 20 de diciembre de 1971.

Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, adoptada por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), del 21 de diciembre de 1965.

Naciones Unidas. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General en su resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979.

Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989.

Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General No. 3*, relativa a la índole de las obligaciones de los Estados Partes. 5º período de sesiones, 1990. E/1991/23.

Naciones Unidas. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación General No. 5*, relativa a los derechos de las personas con discapacidad. 11º período de sesiones, 1994. E/1995/22.

Naciones Unidas. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación General No. 6*, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. 13º período de sesiones, 1995 E/1996/22.

Naciones Unidas. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación general No. 14*. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 22º período de sesiones, 2000. E/C.12/2000/4.

Naciones Unidas. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. *Observación General No. 15*, sobre el derecho al agua. 29º período de sesiones, 2003.E/C.12/2002/11.

Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño. *Observación General No. 3*, relativa al VIH/SIDA y los derechos del niño. Aprobada en su 32º período de sesiones, 2003.

Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño, *Observación General No. 4*, relativa a la salud y desarrollo de los adolescentes. Aprobada en su 33º período de sesiones, del 21 de julio de 2003. CRC/GC/2003/4.

Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: *Recomendación No. 24*, sobre la Mujer y la Salud. En su 20º período de sesiones, 1999. A/54/38.

Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, febrero 13 de 2003. E/CN.4/2003/58.

Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe provisional del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, octubre 10 de 2003. A/58/427.

Naciones Unidas. Convenio III de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, de 1949. Aprobado el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de la guerra.

Naciones Unidas. Convenio IV de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, de 1949. Aprobado el 12 de agosto de 1949 por la Conferencia Diplomática para Elaborar Convenios Internacionales destinados a proteger a las víctimas de guerra.

Naciones Unidas. Protocolo I Adicional a las Convenciones de Ginebra de 1949, referente a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados Internacionales. Adoptado el 8 de junio de 1977 por la Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario Aplicable a los Conflictos Armados.

Naciones Unidas. Protocolo II Adicional a las Convenciones de Ginebra de 1949, referente a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados de carácter Internacional. Adoptado el 8 de junio de 1977 por la Conferencia Diplomática sobre la Reafirmación y el Desarrollo del Derecho Internacional Humanitario Aplicable a los Conflictos Armados.

Naciones Unidas. Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptada por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre prevención del delito y tratamiento del delincuente, celebrado en Ginebra en 1955 y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) del 13 de mayo de 1977.

Naciones Unidas. Principios Rectores de los Desplazamientos Internos. Presentados por el Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los desplazados internos a la comisión de Derechos Humanos en 1998, en su informe E/CN.4/1998/Add.2.

Organización de los Estados Americanos. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana en Bogotá, Colombia, 1948.

Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos - Pacto de San José de Costa Rica, suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969 en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos.

Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador; suscrito en San Salvador; El Salvador; del 17 de noviembre de 1988.

Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; adoptada por la Asamblea General en Belém do Pará, el 9 de junio de 1994.

Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad. Adoptada por la Asamblea General en Ciudad de Guatemala, Guatemala, 6 de julio de 1999.

Organización de los Estados Americanos. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Aprobadas por la Asamblea General en su resolución 48/96, del 20 de diciembre de 1993.

Organización Internacional del Trabajo. Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo. *Convenio 161*, sobre los servicios de salud en el trabajo. Adoptado en su 71^o sesión. Ginebra, 1985.

Organización Internacional del Trabajo. Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo. *Convenio 169*, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Adoptado en su 76^o sesión. Ginebra, 1989.

Paredes Hernández, Natalia. *Derecho a la salud. Su situación en Colombia*. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular. 2003. p.63

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de Desarrollo Humano 2000. Uso de indicadores para exigir la responsabilidad en materia de derechos humanos*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 2000.

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otras.

Congreso de la República de Colombia. Ley 812 de 2003, Plan Nacional de Desarrollo. *Hacia un Estado Comunitario*.

