

---

## Análisis socio político y conceptual derecho de protección en salud un abordaje comparado Colombia y España

### Socio-political and conceptual analysis of health protection right a comparative approach Colombia and Spain

---

Autor:

Jorge Luis Restrepo Pimiento <sup>1</sup>  
Gustavo Alirio Tupaz Parra <sup>2</sup>.

#### RESUMEN

El presente artículo científico se construye con el propósito de realizar un análisis socio político y conceptual derecho de protección en salud un abordaje comparado Colombia y España, en el que se hace un estudio comparado de las acciones normativas, preceptivas y conceptuales que interfieren en las decisiones administrativas, sociales, económicas y asistenciales a los asociados de estas naciones desde una mirara fuentes intencionales y nacionales políticas constitucionales de protección integral en donde la fundamentalidad del derecho a la salud en su categoría de derecho humano y calidad integral es preponderante en la relaciones de bienestar individual y Colectivo de la población frente a la enfermedad, lesiones la cuerpo, daños corporales, síndromes y adicciones.

**Palabras Claves:** salud, aseguramiento, calidad, derecho fundamental y sanitario.

#### ABSTRACT.

This scientific article is built with the purpose of carrying out a socio-political and conceptual analysis of the right to protection in health, a comparative approach Colombia and Spain, in which a comparative study is made of the normative, prescriptive and conceptual actions that interfere in decisions administrative, social, economic and assistance to the associates of these nations from a perspective of intentional and national sources constitutional constitutional policies of integral protection where the fundamentality of the right to health in its category of

---

<sup>1</sup> Abogado, Magíster en salud Pública, Gestión de la calidad en servicios de salud y Derecho y PhD en Derecho y Seguridad Social, Docente Titular de Carrera de la Universidad del Atlántico. [jorgerestrepo@uniatlantico.edu.co](mailto:jorgerestrepo@uniatlantico.edu.co)

<sup>2</sup> Abogado, Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social, Magíster en Derecho del Trabajo y Seguridad, Magistrado sala laboral Tribunal Superior Distrito Judicial de Bogotá, docente catedrático de posgrados.

human right and integral quality is preponderant in welfare relations individual and collective of the population against illness, bodily injuries, bodily harm, syndromes and addictions.

**Keywords:** health, protection, insurance, quality, fundamental and sanitary right.

## Introducción

Pretender abordar la salud en Colombia y España se hace necesario estudiar el conjunto de factores determinantes sociales y colectivos en lo que se suele encontrar las condiciones ambientales, geográficas, económicas y políticas, en donde se indican la pobreza, analfabetismo, desplazamientos, contaminación, discriminación, exclusión, falta de acceso y oportunidades laborales, lo cual indican aspectos preponderantes en la elaboración de políticas públicas en salud integrales.

Se destaca entonces que en cuanto a políticas públicas en salud en desarrollo del derecho salud y sistema jurídico sanitario dentro de engranaje se torna lógico aducir que para hacer efectivos derechos en ambos países se requiere iniciar con la idea de la declaración del alma altar de 1978 la cual contempla la integración de la atención primaria en salud basada en los factores determinantes de orden social, biológico y psíquicos de las personas que asisten a proceso de atención.

Se destaca en el mundo de la regulación jurídica en salud, que suele existir una conjugación, compuesto y una estructura conformada o constituida en dentro del Derecho a la salud y eso es son el derecho sanitario y derecho a la seguridad social en salud, en cuanto a lo sanitario se refiere al conjunto de circunstancias, modo, tiempo y lugar que hacer parte de la determinación del estado de normalidad de las personas, lo que se relaciona con agua potable, saneamiento básico, seguridad alimentaria, seguridad nutricional, seguridad nacional, seguridad y salud en el trabajo, control vectores, inspección de residuos sólidos, líquidos y gaseosos, igualmente se presentan el manejo de elementos contaminantes y tóxicos.

Todos los Estados en el caso de Colombia y España se preocupan por mantener los factores determinantes en salud controlados a partir de la salud públicos y los servicios públicos domiciliarios, aun es España el manejo, dirección y control de los componentes de la salubridad pública sanitaria hacen parte de la cultura social colectiva de la nación, eso es notorio en los espacios públicos, manipulación de los alimentos, conservación de la seguridad nutricional y en la intervención de procesos sociales de aseguramiento de la vida en los centros de asistencia hospitalaria.

### **Metodología.**

El presente documento científico es la elaboración a partir del empleo de la metodología de la investigación cualitativa desde una tipología hermenéutica documental, con enfoque interpretativo acerca del objetivo planteado el cual es analizar desde lo socio político y conceptual derecho de protección en salud un abordaje comparado Colombia y España, este haciendo valoraciones de aplicaciones y orientaciones jurídicas y políticas del derecho de protección a salud desde la dimensión asistencial y sanitaria.

Para lograr el objetivo planteado es menester decir que se utilizaron técnicas en instrumento adecuados y pertinente acorde al tipo y enfoque escogido las cuales fueron las citas bibliográficas, resumen, observación, mapas de ideas, análisis documental, revisión bibliográfica, agendas de ideas científicas y políticas en materia de política en salud Colombia y España en dimensión compartida tanto de orden asistencial y sanitaria en un marco de derechos humanos fundamentales.

## **1. Servicio de salud en España y Colombia esquema de protección derecho fundamental**

Es válido anotar que es España en comprensión programática de salud pública se resaltan elementos de regulación, inspección, control y vigilancia a las acciones público sanitarios en cuanto pretenden demarcar los aspectos preventivos y promocionales en expendios y elaboración de fármacos, complementos nutricionales, producción, distribución, acceso, conservación y embalaje del alimento para toda la población infantil materna, juvenil y geriátrica.

Los servicios de salud en España hacen parte del aseguramiento con calidad en la prestación colectiva de todos los habitantes del territorio nacional en cuanto pretende este hacer una cobertura universal a través de los centros de salud, hospitales públicos, privados y concertados en todas las comunidades autónomas permeados de oportunidad y calidad en asistencia directa de los asociados y beneficiarios de planes prestacionales (Ferrero, 2022).

Prestaciones de servicios en Colombia formas jurídicas contractuales para la oportuna con calidad en la asistencia programática funcional de los servicios de salud inspirados en modelo de economía social de mercado, partiendo de esta meneara de la competitividad entre el sector público y privado en la venta y puesta en marcha de las acciones, modelos, estructuras y organización sistémica contemplada en el código de seguridad social integral.

## **2. Regulación Jurídica negocial de los servicios de salud**

En este sentido dentro del espectro de las relaciones jurídico negociales dentro del sector salud para Colombia suelen destacarse una diversidad o tipos de contratos en salud, para cubrir las contingencias de enfermedad, síndromes, maternidad, parto, embarazo, lesiones al cuerpo, daños corporales, traumas y demás, individuales y colectivas, todo ello en lo relativo también a las relaciones profesionales del médico y demás miembros del equipo asistencial con la persona que acude a la por su condición, en solicitud de sus servicios, es generalmente considerado como contrato de prestación de servicios (Mora, 2005).

En este sentido es de anotar que la mayor parte de los contratos o negocios jurídicos en salud, en el ejercicio de la medicina, no solo aquí en Colombia, sino en cualquier parte del mundo, son de carácter verbal, pero este es tan válido como el escrito, tan solo que puede resultar mucho más difícil probar las condiciones y alcance del mismo. Es de aclarar en este marco de ideas que se presentan circunstancias en que no se puede obtener el consentimiento previo del paciente o sus familiares, y por esto no se va a anular ni a hacer ilegal la actuación médica, siempre y cuando el médico tenga que actuar de urgencia o por incapacidad física del enfermo.

En aras de completar explicaciones de regulaciones jurídicos contractuales se hace necesario destacar otra consideración y, que es muy general, es el condicionamiento para obtener este requisito legal, en casos de relación contractual del médico con los enfermos y, que surge ante la situación cada vez más frecuente, de que el enfermo no es quien contrata al médico, sino que tiene el contrato con una institución; por lo que en estos casos el médico demás miembros asistencial, no queda exento de la responsabilidad personal ante el enfermo, paciente o cliente

del servicio asistencial en salud, aunque no haya vínculo contractual y sea la relación entre el enfermo y la institución médica (Ortega, 2018).

Dado a los elementos del vínculo jurídico relacional en cuanto se hace necesario dilucidar que existe un contenido del contrato o negocios jurídicos en salud en una prospectiva asistencial con responsabilidad sostenida dentro de una macro de garantías de derechos fundamentales a la salud y la vida, es así que es anotar que de forma tácita, el médico y odontólogo para el caso Colombiano, se compromete como contraprestación por sus honorarios, a realizar su trabajo de una manera diligente, con el máximo cuidado, según las normas del quehacer profesional y a evitar causar riesgos innecesarios, lesiones o secuelas (Restrepo , 2018).

Para el tema de las obligaciones y responsabilidad entorno jurídico de derechos y núcleo de derechos protegidos y seguidos por la el fin y modelo de Estado, en aras de poder cumplir lo anterior, se le puede exigir al profesional médico y demás miembros del equipos asistencial programático y funcional, aparte de la diligencia, los medios adecuados y la pericia suficiente, pero no se le puede exigir al médico que el resultado deba ser bueno y satisfactorio, ya que este contrato de prestación de servicios médicos, es de medios, por lo tanto, con este contrato no se pueden dar resultados garantizados (Fernández, 2021) .

Para detectar en materia de obligaciones sociales y jurídicas en salud en cuento los al profesional médico y demás miembros especialista o expertos de los equipos asistencial programático y funcional se denota que para que se cumplan procedimientos médico quirúrgico, clínicos y asistenciales se deben emplear acciones de promoción y prevención en cuanto a la educación en salud y

seguimiento de la enfermedad para fortalecer al paciente o cliente, de esta manera hacer real y efectivo el Derecho Fundamental a la salud (Restrepo 2020).

Cabe destacar que todo sistema de salud es una organización que dentro de su operatividad pretende hacer efectivo los derechos y garantías contemplados en la constitución política, declaración universal derechos humanos, la observación 14 ONU, pactos y protocolos, lo cual se realiza a cabalidad por medio de los regímenes de salud, formas de contratación, responsabilidad institucional y profesional, mecanismos de seguimientos y control de factores sanitarios preventivos, educativos y promocionales (Lujan 2010).

De esta forma se destaca que dentro del sistema de aseguramiento en salud existen realidades graves y tensiones caóticas en el sistema actual que no pueden evitar sencillamente: en la que se encuentran la financiación de la cobertura de forma oportuna, progresiva en los recursos económicos pero escasez en la calidad prestacional en los servicios farmacéuticos, diagnósticos, complementos alimenticios nutricionales y procedimientos especiales para atender rehabilitación oral, infertilidad impotencia sexual entre otros; a esto se suma la delaboralización de profesionales en sistema de salud a partir de figuras como la flexibilización laboral, intermediación,, tercerización y flexiseguridad permanente y progresiva.

### **3. Responsabilidad en la prestación de Servicios de salud**

Seguidamente es aducir otros elementos que hacen la crisis como son el poco énfasis en los factores sociales y culturales determinantes en salud y la atención primaria en salud donde se valore la pobreza, exclusión y diseminación de los habitantes frente al etiología de las enfermedades o patologías predomina el modelo

curativo intervencionista clínico, se debilita la prevención y la promoción y las empresas sociales del Estado, instituciones prestadoras de servicios de salud del Estado Colombiano y particulares en colaboración en lo que se indica que su compartimiento racional financiero y prestacional es considerado en agentes de mercado competitivos y negocial (Maya, 1997).

Aquí puede notarse que muchos de estos problemas, vistos a la luz de los objetivos del sistema de salud, son imputables al funcionamiento y gestión del sistema mismo y serían corregibles con ajustes al sistema. Pero puede verse igualmente que otros problemas son más estructurales de la economía y de la sociedad colombiana, lo que hace más difícil su superación (Guerrero, 2008).

Cabe resaltar dentro del campo médico asistencial, clínico y quirúrgico que cada día surgen patologías y enfermedades nuevas y complicaciones, que muchas veces el médico no cuenta con los recursos materiales necesarios (instrumentos, drogas, complementos nutricionales, equipos tecnológicos, cosméticos, condiciones higiénicas, etc.) y muchos otros factores que impiden o limitan al profesional de la medicina en su desempeño práctico; por ello, todas estas circunstancias deben tenerse en cuenta en un momento dado para establecer si puede imputársele al profesional en salud la responsabilidad alguna ante un determinado fracaso quirúrgico o terapéutico (Gómez, 2019).

Por esta razón los profesionales del equipo médico asistencial quirúrgicos, dentro mundo de garantimos e la calidad y jurídico en salud contemplado en códigos y nomas de carácter nacional e internacional, basados en protocolos de asistencia no debe ver en la ley o en el Juez a un enemigo que inexorablemente habrá de castigarlo cada vez que no se logre el fin buscado por el paciente cuál es su curación, resultado al cual no siempre está obligado el profesional de la ciencias asistenciales en salud (Jiménez, 2009).



Ahora bien, en cuanto a regulaciones y garantías en mundo del ejercicio de profesional e la asistencia en salud vale decir que La ley simplemente se aplicará a aquel que falte a sus esenciales deberes médicos y éticos, así como también a quien ocasione un daño con intención o negligencia, lo cual traerá como consecuencia el aumento de nivel de calidad del ejercicio medico profesional y el transcurrir de la vida del Medico capaz y honesto sin problema alguno con la ley (Restrepo, 2019).

Dentro del mundo de la doctrina jurídica en salud es necesario traer a colación que para algunos tratadistas sostienen la tesis de la no responsabilidad absoluta del médico la cual consiste en que al profesional no se le puede imponer sanción alguna por las faltas y errores en que incurra el ejercer su profesión. Los principales argumentos que aducen son la falta de normas que expresamente sancionan a los médicos, la imposibilidad de los Jueces de sentenciar debido a la falta de conocimiento de la medicina, la presunción de idoneidad y competencia que otorga el título profesional y lo perjudicial que puede ser una sanción para el médico, la medicina y el mismo enfermo (Restrepo, 2012).

Dado a que la salud desde la comprensión jurídico estructural al igual que siguiendo con el planteamiento anterior, el código de normativo de seguridad social en salud redujo en la práctica la Salud Pública o sanitaria asistencial a un plan de beneficios o régimen jurídico financiero de beneficios sociales en salud de carácter pragmático asistencial para enfermedades o patologías prevalentes y sumando a ello fraccionó de tal modo las obligaciones y responsabilidades de su administración y ejecución, correspondencia de ello la pérdida del control de las contingencias colectivas tales como la endemias, pandemias, sindemias y epidemias lo cual convirtió en detrimento la salud pública sanitario en segunda categoría siendo esta la básica para el control de los factores determinantes (Ely, 2013).

Con la puesta en marcha de los de gestión financieras contemplados en el orden jurídico financiero del sistema prestacional debatido ente lo público y privado es menester anotar que, las Entidades Promotoras de Salud en su calidad de agente o actor social institucional denominado administrador financiador, se hace participe la responsabilidad de las actividades propias de su objeto social de acuerdo con la naturaleza del servicio y el compromiso para con sus afiliados cotizantes y beneficiarios.

Dentro del espacio de significación jurídica es loable expresar que la afiliación es un negocio jurídico bilateral donde la parte se obligan el cual goza de elementos esenciales determinados en la ley lo cual lleva adquirir derechos y obligaciones entorno a la prestación de servicios asistenciales en salud, ello sirve como herramientas de las personas cubiertas por esta contratación a reclamar y solicitar derechos ante jueces de la república para que se contemplados peticiones y derechos vulnerados o quebrantados por el administrados y prestador de servicios.

Ahora bien, válgase decir que teniendo en cuenta de la vinculación jurídica al sistema, tiene consecuencia o efecto la prestación de un servicio de salud organizados a partir de los elementos y principios de eficiente y de calidad integral, además que envuelve para la entidad de seguridad social salud y los afiliados cotizantes y beneficiarios adultos, jóvenes infantes y ancianos derechos, garantías, prerrogativas, prestaciones, planes y obligaciones mutuas, en los que se encuentran el acceso a los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, controle prenatal, promoción, crecimiento y desarrollo del infante, y mantenimientos de la vida.

En un orden de ideas de apreciación en salud y sus garantías, prebendas y prerrogativas en la asistencia compara Colombia España nacionales de regulaciones jurídicas pro el derecho humano universal y organización mundial de la salud parámetros elementos aplicados, es de expresar que el proceso de atención en salud está compuesto por un conjunto de tapas integrativas , transversales y interdependientes entre lelas mismas de la cuales según las normas jurídicas se pueden describir así promoción, prevención , asistencia, diagnósticos, intervención clínica, médica y quirúrgica, recuperación y rehabilitación, esto conlleva a analizar que los eventos adversos o fallas en servicios en la prestación de los servicios de salud no se dan en una misma etapa o especialidad del médico o profesionales del área que hace el procedimiento o la asistencia (Vony, 2007).

En un marco causa efectos es decir fenomenológico en cuanto las entidades prestadoras de salud repercute o impute a esta por una responsable de culpa, falla en el servicio, mala práctica del arte y ciencia, o descuido levísimo, de los actos médicos asistenciales clínicos y quirúrgicos por el equipo de profesionales derivados de la prestación de los servicios y desacato del protocolo prescritos aprobados y acogidos por la entidad e institución de salud de procedimientos de asistencia.

Ahora bien, es menester aducir en términos jurídicos y judiciales procesales que donde la carga de la prueba en estos asuntos de fallas en servicios en salud debe estar en equilibrio para las partes dentro de la relación médico paciente o clientes institución de salud, a partir de que esta actividad presume la idoneidad del elemento humano, y por ello si bien en principio le corresponde a la parte actora acreditar sus aseveraciones en torno al daño sufrido y la negligencia de la demandada (Carvajal, 2021).

Con base en la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud en actividades propias de su objeto social el cual es la administración y financiación del plan obligatorio de salud por tanto es la actora responsable directa de las fallas y negligencias en procedimientos de intervención de enfermos o pacientes, teniendo en cuenta que media el vínculo que nace de la afiliación que es un contrato bilateral.

En cuanto al Estado Colombia es bueno en este sentido ahondar en el Régimen de beneficios, dentro del conjunto de elementos y garantías prestacionales contenidas y relacionadas integralmente en el Sistema General de aseguramiento de la Seguridad Social de Salud el cual diseña y reglamenta las condiciones de acceso, cobertura y calidad dentro compendio de beneficios para todos los habitantes del territorio nacional ello está orientado a la protección integral de las familias, síndromes, daños, lesiones, traumas, paternidad, etapas de la vida, maternidad y enfermedad general, en la etapas de promoción y mejoramiento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de patologías en todos los niveles de atención, tipos de servicios y grados e de complejidad (Guerrero, 2008).

#### **4. Vulnerabilidad del Derecho a la salud protegido**

Dentro de las características de quebrantamiento del derecho a la salud en Colombia una de las formas de expresar se puede destacar es la su falta de liderazgo en la gestión, organización y administración prestacional de los servicios de salud este es un hecho notario en cuanto por parte de los organismos de dirección y control tanto en el ámbito nacional como en el departamental, distrital y municipal, condición influenciada, entre otros factores, por los procesos de selección de las personas sobre las cuales ha recaído la responsabilidad de incluir

dichos organismos dentro en entorno de la descentralización pro servicios propio de la república unitaria (Cañón, 2017).

Con relación a lo antes expuestos la calidad se nota afectada por la falta de liderazgo dado a que muchos de ellos han sido realmente legos en la materia de salubridad, es así que se constituyen opositores de la reforma o indolentes frente a la realidad del sistema. En otros casos, la selección fue acertada, pero su paso por las organizaciones fue fugaz o no contaron con los instrumentos normativos, financieros o de apoyo político requeridos para consolidar o impulsar los cambios.

Dentro del ejecutivo estatal es se hace imperioso en cuanto a los elementos gerenciales presidenciales estatales, establecidos en el código general de seguridad social la ley 100 de 1993, entro a regir cuando finalizaba un periodo presidencial en los dos subsiguientes se ha concentrado la atención en temas diferentes al de la salud. El gobierno del cuatrienio 1994 – 1998 dedico sus esfuerzos esencialmente a mantenerse en el poder y a defenderse de las acusaciones sobre el presunto ingreso de dineros del narcotráfico a la financiación de su campaña.

Este periodo era esencial para la conducción del cambio por el camino previsto en la ley, era la primera etapa para un aprendizaje colectivo y organizado, por parte tanto de los antiguos como de los nuevos actores del sistema, y el establecimiento oportuno de los ajustes que las realidades iban demandando. Las acciones previstas para el periodo de transición contempladas en la misma ley, o no se llevaron a cabo, o se ejecutaron parcialmente.

El gobierno actual, focalizo sus prioridades en la erradicación de la violencia política que azota al país y en el logro de la paz a través del dialogo y la concertación con los grupos al margen de la ley. Nuevamente, los esfuerzos por construir el cambio en forma organizada no han sido suficientes, y las decisiones, muchas de ellas generadas en el ámbito del congreso de la república, Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre otros, han sido más de tipo coyuntural y carentes de una visión de largo plazo. El SGSSS ha tenido que desarrollarse en esta etapa en escenarios macroeconómicos totalmente diferentes a los previstos al momento de ser sancionada la ley.

El decreto 2174, primera disposición reglamentaria de la ley 100 sobre el Sistema de Garantía de la Calidad, entro en vigencia en diciembre de 1996, es decir, tres años después de ser sancionada la ley. El lapso prolongado para el inicio de la reglamentación de este tema crucial para el SGSSS, contrasta con la producción generosa de reglamentaciones en otras áreas.

En ese periodo se generaron cerca de 200 decretos y acuerdos, muchos de ellos relacionados con temas financieros que lograron adquirir mayor relevancia que aquellos relacionados con la garantía de la calidad. El énfasis parece haber incidido en el que hacer de los diferentes actores del sistema y en la priorización de sus preocupaciones, ubicando la búsqueda de la calidad en posiciones secundarias. De esta realidad se escapa un grupo pequeño de instituciones que han tenido la calidad como el eje central de sus acciones (Arenas, 2017).

En el decreto se otorga un plazo de seis meses a las E.P.S o entidades que se asimilen y a los prestadores de servicios de salud, para que realicen los ajustes necesarios y den cumplimiento a las disposiciones allí señaladas. El plazo fue ampliado inicialmente en ocho meses por el decreto 1392 de mayo de 1997, y este

a su vez fue prorrogado hasta el 28 de julio de 1998 por el decreto 204(Arenas, 2017)..

El caso anterior, es un ejemplo que se repite frecuentemente en el proceso de reglamentación de la ley; se establecen periodos para la ejecución de una serie de procesos sin un análisis riguroso previo sobre la viabilidad técnica y financiera, entre otros, que permitan el cumplimiento de las disposiciones allí establecidas. Esta carencia lleva a la ampliación de los plazos nuevamente en forma empírica, sin evaluar los logros, los obstáculos y sin establecer sanciones o estímulos para quienes desconocen o aplican las normas, lo cual ha terminado promoviendo la “cultura del incumplimiento” y las decisiones de tipo coyuntural, que hacen el SGSSSS altamente permeable a la corrupción y a la mediocridad .

## **5. Calidad en la prestación de la salud.**

Las actividades del Sistema de Garantía de la Calidad, pueden ser ejecutadas tanto por personas vinculadas directamente con la organización hospitalaria, como por personas y entidades externas a la organización hospitalaria. La organización hospitalaria está llena de ejemplos de trabajo interno en pos de la garantía de la calidad. Dentro de las actividades que desarrollan comúnmente las personas de la misma organización están la definición de atributos del servicio, la definición de los procesos e insumos, la monitorización de esos procesos y la evaluación de los resultados (Cañon, 2017).

Así mismo las actividades del sistema de garantía de la calidad en ocasiones manifestación de vigilancia de efectividad real del derecho fundamental a la salud, donde es de precisar que son efectuadas por personas y entidades diferentes a una

determinada organización hospitalaria. Estas actividades las desarrollan frecuentemente organismos estatales de verificación para el cumplimiento de ciertos requisitos mínimos de funcionamiento o licenciamiento; en Colombia se estipulo a este proceso en recientes normas como la habilitación; se trata en este caso de una labor de monitorización de ciertos indicadores propios de la infraestructura de la organización hospitalaria como serian la dotación, el grado de formalización de conocimientos del personal de servicio, las condiciones estructurales de seguridad en los servicios que manejan isotopos o radiaciones ionizantes (Blázquez, 2017)

El incumplimiento de estos requisitos al finalizar la monitorización conllevaría la no posibilidad de funcionar o por el contrario su debido cumplimiento, conllevaría la autorización para continuar funcionando. Estas actividades de garantía de calidad las efectúan también entidades públicas o privadas especializadas en la vigilancia de los procesos de ciertas áreas, como sucede con los chequeos ciegos de pruebas de laboratorio (Blázquez 2017).

En la literatura actual de la gestión de las organizaciones abundan gran cantidad de términos como “reingeniería”, “referenciación competitiva o benchmarking”; justo a tiempo, etc.; la mayoría son aplicables total o al menos parcialmente a la gestión de las organizaciones hospitalarias. Este tipo de aproximaciones a la gestión hacen parte de una estrategia de garantía de calidad y ellas no son incompatibles unas con otras. (Arenas, 2017).

El mismo concepto de calidad desarrollado en el punto anterior, debe incluirse dentro del sistema de garantía de calidad, que es la denominación más apropiada para las organizaciones hospitalarias de lo que es su gestión de calidad. La labor



de diseño organizacional y cambio que se menciono anteriormente, tiene que ver con el concepto de reingeniería. La labor de ir a otra entidad hospitalaria o no hospitalaria, que hace bien un determinado proceso, conocer los indicadores de sus resultados y comprarlos con los propios indicadores, para tomar las medidas pertinentes de mejoramiento en emulación con alguien mejor, tiene que ver con la referenciación competitiva o como lo ha denominado el doctor Enrique Rúelas Barajas, experto mexicano de calidad en servicios de salud, “Sistema de Información Comparativa de Referencia” .

Tradicionalmente, el papel de la auditoria ha sido policivo, acusatorio y punitivo, lo que la ha convertido en una función que dentro de la organización genera recelo, desconfianza y rechazo, debido a que no busca las debilidades en los procesos y sus causas con el fin de propiciar mejoramiento como valor agregado, solo se encarga de señalar culpables .

Para continuar con los temas de calidad y elementos del mismo se es necesario aducir con base en herramientas literarias sobre cultura organizacional aparecen relacionadas: primordialmente es de expresarse que una cultura se consolida con periodicidad es una particularidad de una organización prospera, por tanto se considera que la segunda se arguye que los pensamientos, los signos y las convicciones compartidas por todas las personas miembros de la organización ejercen un impacto definitivo sobre la gestión de las empresas.

En cuanto a la cultura de gestión confluyen varios elementos motivacionales y conductuales del equipo prestacional en el caso de gerencia en servicio de salud en los que los factores organizacional integra un dispositivo funcional esencial, el “Clima Organizacional”, entendido como: la intrínseca de miembros de la comunidad

laboral dentro de la organización que interactúan en función de compartimiento de ideas, pensamientos y lenguajes para lograr sacar adelante derechos económicos y sociales de todos los actores de la organización social objeto.

De esta forma se afirma que el comportamiento dentro de la gestión y administración eficiente de derecho a la salud se está describiendo, en cargo de los valores de un conjunto particular de actitudes de la organización, símbolos y elementos sociales integrativos en relación a la prestación oportuna y con calidad eficiente de los servicios de salud.

Para concluir interpretando y argumentando desde una perspectiva de calidad en la generación de los servicios de salud materialización del derecho a la salud holístico en cuanto a clima organizacional estable es una transformación a largo plazo, por esta razón, es necesario que los gerentes y actores involucrados de las instituciones tengan en cuenta que forma parte de su activo o bienes sociales el intangible, para apreciarlos de esta forma capacitarlo, valorarlo y asumirlo con compromiso sostenible.

Se relacionan con diversos conceptos vinculados con el trabajo cotidiano: estilo de liderazgo, relaciones interpersonales, rigidez o flexibilidad, diferencias de la realidad diaria con respecto a ideas preestablecidas o obtenidas por las personas integrantes de organizaciones durante el tiempo ejecución de una labor, actividad o trabajo haciendo parte del clima organizacional y laboral.

Como parte del proceso de cambio cultural de la organización, es conveniente ofrecer orientaciones claras tendientes a establecer un clima organizacional que, integre las siguientes características básicas: énfasis en las personas, donde se

entiende el Interés original y puesto en conocimiento, que extiende la organización por el prosperidad y evolución de las personas que la integran, como su principio y conocimiento de ser, Organización del trabajo. Grado vinculación efectiva del trabajo de cada persona con los planes y objetivos de la organización, de una parte.

También dentro de este ámbito se presentan el flujo de noticias formales e Información que circula tanto vertical y horizontal por medio de la organización, que hace seguras las interacción comunicativa y motiva a la adquisición de experiencia, que permite modernizar los procesos de averiguación en forma permanente, el procedimientos para la toma de decisiones, grado hasta el cual las disposiciones de una organización provocan la colaboración de las individuos que van a verse comprometidos por ellas (Currea-lugo,2005)

Con ello se encuentran la Participación esta se reseña al grado de intromisión en que todas las personas emparentadas en la toma de las decisiones de la organización, así las cosas el autocontrol. Con la cual se mide el grado de suficiencia de madurez o capacidad que desarrolla cada persona en la organización de los servicios de salud, para posesionarse su oportuno control sin influencia externa. Es la esencia, que avala el progreso del sistema organizacional de control interno en gestión de la calidad del servicio de salud, en la organización prestadora de servicios de salud y la agilidad en los Trámites. Facilitar el desempeño y la atención para todas las personas, liberando las labores de restricciones administrativas innecesarias y repetitivas.

Luego suele estar la Coordinación. Cooperación para la solución de conflictos y problemas entre todas las áreas funcionales y asesoras de la organización, que contribuye con el ágil desarrollo de las labores planeadas. El análisis precedente da

fundamento a la adopción y aplicación de los principios de atención al cliente en los procesos de auditoría, especialmente en las organizaciones de salud, de acuerdo con las condiciones y características que le sean propias .

Lo fundamental es que la auditoria en salud parte integral de los elementos jurídicos y administrativos del sistema, se convierta verdaderamente en facilitadora, abandonando definitivamente su forma tradicional de actuación subjetiva y maltratadora; con el cambio de actitud propuesto se beneficiara la organización, pues el deducción y respuesta de la labora realizada del auditor está permeada por su apreciación personal y subjetiva, con dimensión de carácter ético con basamentos en apropiadas vinculos interpersonales, que dará como conclusión una información enmacarda en la transparencia, realidad, contexto y claridad que guien a los procesos de determinación de la gerencia, con miras al cambio constante que es necesario realizar (Blanco, 1997)

Dentro de un espacio dinamico se destaca que el diseño de marcos juridicos innovadores de la seguridad social en salud para una gobernanza en salud optima y los cambios que estos determinan e impliquen en la prestacion eficiente, eficaz y universall de los servicios de salud, han movido en los usuarios o clientes de España e Iberoamerica una gran intrees de preocupacion por la calidad de el cuidado y atención integral sostenible que ellos reciben. Esto se refiere que la capacidad competitiva y la misma duración de las instituciones prestadoras de servicios o admitradoras de plenes asistenciales, esten ceñidas en gran parte al perfeccionamiento de parentros de calidad mensurables, por medio de la satisfacción que expresan los actores del servicio recibido (De Ortúzar, 2019).

Continuando en este orden de ideas vale deceri que al observar de cerca los sistemas asistenciales en salud estatales y privados, especialmentne en lo relacionado con los niveles de atencion III y IV , se encuentra que debido a su alta

complejidad, se desarrollan permanentemente nuevas y refinadas tecnologías, situación a la que deben adaptarse estas instituciones, generando cambios, los cuales se han venido realizando en forma lenta, especialmente por la poca financiación de que ellos disponen.

## **Conclusiones**

Los cambios, además de inevitables son inciertos, difíciles de manejar y rara vez utilizados con ventaja. Por eso empieza a abrirse campo la idea de que la calidad en sus distintas manifestaciones, es una buena guía en las decisiones sobre los cambios de comportamiento organizacional y las políticas de inversión. Por ello, mediante la búsqueda continua de la calidad, se pueden generar ambientes más flexibles y menos amenazantes para que el cambio sea bien aceptado.

El proceso de mejoramiento continuo comienza con la modernización de las instalaciones de la entidad prestataria de servicios, con la optimización del proceso empresarial y con el seguimiento y vigilancia de la eficiencia del personal encargado de suministrar los servicios. Es importante igualmente dentro de este esquema, la evaluación de la utilización adecuada de los servicios por parte de los usuarios.

Los estándares permiten promediar los valores observados individualmente y señalan por lo tanto, el límite entre la calidad aceptable y la inaceptable. Los criterios a su vez determinan lo que debe hacerse ante problemas específicos en el sistema de salud en lo asistencial y sanitario. Si estos criterios se adoptan específicamente para una institución por un grupo de expertos se denominan explícitas; si se establecen por comparación con lo existente en la literatura científica se definen como implícitas. (Alfonso, 2021)

Los criterios pueden ser también empíricos, basados en la práctica y experiencia en determinada institución; generales o específicos para patologías concretas, en forma de protocolos o guías de manejo, de esta forma es menester decir que los estándares por su parte, se clasifican según se utilicen para la evaluación de la estructura, los procesos y los resultados.

Pueden ser también explícitos, elaborados por expertos mediante especificación cuidadosa y previa del tipo de casos que deben ser evaluados o implícitos que se originan en los conocimientos y experiencias previas del evaluador, por tanto es necesario en materia de derecho fundamental a la salud que los estándares explícitos poco flexibles, se pueden mejorar teniendo en cuenta para su diseño lo siguiente: Elementos necesarios para clasificar un cuadro clínico dentro de un diagnóstico específico, Procedimientos diagnósticos escalonados para llegar a un diagnóstico específico, y acciones terapéuticas para el mismo, Condiciones o atributos para justificar el ingreso y la permanencia en las instituciones prestadoras de servicio de salud.

Para continuar con un análisis asertivo descriptivo de calidad en derecho a la salud se requiere prescribir los Procedimientos y acciones contraindicadas en cada patología específica. En cuanto a la metodología indicada para definir estándares de calidad, existen varias alternativas: La observación de experiencias exitosas en las entidades competidoras (benchmarking), puede llevar al establecimiento de estándares propios. No debe olvidarse que las empresas exitosas son por naturaleza eficaces y eficientes, por lo cual sus estándares pueden ser muy exigentes para otras compañías.

Asimismo, se puede partir de los recursos existentes y establecer metas escalonadas, que pueden ser observadas y ajustadas permanentemente, hasta llegar a la formulación de estándares propios, con ello se pueden fijar estándares a través del análisis de los promedios o medidas de la misma empresa.

## **Referencias Bibliográficas**

Alfonso González, Iruma., Romero Fernández, Arie, y Estupiñán Ricardo. Violación del derecho a la salud: caso Albán Cornejo Vs Ecuador. 2021. Revista Universidad y Sociedad, 13(S2), 60-65. [Consulta: 18-05-2023]. Disponible en: <file:///Users/mac/Desktop/2284-Texto%20del%20arti%CC%81culo-4490-2-10-20210930.pdf>

Arenas Monsalve, Gerardo. 2017 derecho colombiano a la seguridad social, Legis, Bogotá.

Blanco Restrepo, Jorge Humberto y Maya Mejía, José María. 1997 fundamentos de Salud pública. Tomo I, primera edición, corporación para investigaciones biológicas, Medellín.

Blázquez Agudo, Eva María, 2017, Derecho de la Seguridad Social, teoría Práctica, Jurua, Lisboa.

Cañón Ortigón, Leonardo, 2017, Una Visión Integral de la Seguridad Social, Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

Carvajal Contreras, Miguel Ángel. Creencias y búsqueda de la salud en la sociedad española contemporánea. Index Enferm [online]. 2021, vol.30, n.3 [Consultado el 2023-05-24], pp.224-228. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-)

12962021000200015&lng=es&nrm=iso>. Epub 06-Jun-2022. ISSN 1699-5988.

Currea-lugo, Víctor. La salud como derecho humano. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto*. 2015. [Consulta: 18-05-2023]. Disponible en: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho32.pdf>

De Ortúzar, María., Médici, Alejandro. El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar. EN: M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez (Coords.). *Investigaciones sociojurídicas contemporáneas*. 2019. La Plata: Malisia. pp. 57-78. [Consulta: 20-05-2023]. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.1134/pm.1134.pdf>

Ely Yamin Alicia, Gloppen Siri, 2013, *La lucha por los derechos de la salud, ¿puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, siglo veintiuno, Buenos Aires.

Fernández García Eusebio - La obediencia del derecho, publicado en la revista *economía en la cultura de la legalidad*, N°1 septiembre 2011 –febrero 2012.

Fernández, César Alberto Pazo. Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano. *Saúde em Debate* [online]. 2021, v. 45, n. 129 [Consulta: 20-05-2023]. pp. 275-286. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112902>>. Epub 02 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112902>.

Ferrero Guglielmo, 2022, *Poder los Genios Invisibles de la Ciudad*, Madrid, editorial Tecnos

Franco Álvaro G. 2001 *Acerca de las políticas públicas de salud en el nuevo siglo*, revista de salud pública. Volumen ii, Bogotá.



- Gómez Delgado, Yeniffer y Velázquez Rodríguez, Elisa B. Salud y cultura alimentaria en México. 2019. Revista Digital Universitaria (RDU). Vol. 20, núm. 1 [Consulta: 19-05-2023]. Disponible en: DOI:<http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n1.a6>
- Guerrero, Luis, León Aníbal. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. 2008, 18(53), 610-633. [Consulta: 19-05-2023]. ISSN: 0798-3069. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>
- Jiménez B. Wilson Giovanni. 2009, “El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana” en: revista EAN. Bogotá.
- López Zamora Paula, 1998 La obediencia al derecho: aproximación metodológica, publicado en la página web, <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/kinesis/obediencia.htm>.
- Luján, Francisco, Yepes José, 2010, et al. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: ley 100 de 1993. Assalud. Bogotá
- Maya Mejía, José María. 1997, Conceptos Básicos, Fundamentos de Salud pública, de Jorge Humberto Blanco, corporación para investigaciones biológicas, Medellín.
- Mora Restrepo Gabriel – 2005. Ciencia Jurídica y Arte del Derecho, Ediciones Gustavo Ibáñez – Universidad de la Sabana, Bogota,
- Ortega, Jesús. Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar . 2018. Revista de Salud Pública. [Consulta: 19-05-2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642018000500649&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642018000500649&script=sci_abstract&tlng=es)
- Restrepo Pimienta, Jorge Luis, 2012, Demisión Jurídico Antropológica de la Política Pública en Salud, Universidad Sergio Arboleda. Bogotá.

Restrepo Pimienta, Jorge Luis, 2019, "Modelo de Estado en la comprensión política-jurídica del sistema de salud", Universidad Sergio Arboleda, Bogotá.

Restrepo Pimienta, Jorge Luis, 2019, Derecho Fundamental a la Salud, Práctica Judicial, Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, Bogotá.

Restrepo Pimienta, Jorge Luis, 2020, Construcción del Sistema de Protección Social en Salud dentro del Modelo de Estado, Universidad del Atlántico, Barranquilla.

Restrepo Pimienta, Jorge Luis, Contreras Capella, 2018, "Participación comunitaria en el sistema de salud: Un análisis desde el control social de las veedurías ciudadanas, Universidad del Atlántico, Barranquilla.

Volcy, Charles. Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología. 2007. Atreia. Vol. 20. [Consulta: 20 -05-2023]. Disponible en: <https://esferasalud.com/wp-content/uploads/2013/04/Teor%C3%ADa-Microbiana.pdf>