

**PRINCIPIO DE EFICACIA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO COLOMBIANO
EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS**

SARA MANUELA VENEGAS REYES



**UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
FACULTAD DE POSTGRADOS Y EDUCACION CONTINUA
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO
02 JULIO 2019
BOGOTÁ**

**PRINCIPIO DE EFICACIA DEL DERECHO ADMINISTRATIVO COLOMBIANO
EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS**

SARA MANUELA VENEGAS REYES

**Trabajo de Grado, presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Derecho Administrativo**

Presentado a:

Doc. ADRIAN ZEBALLOS F.



**UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
FACULTAD DE POSTGRADOS Y EDUCACION CONTINUA
ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO
02 JULIO 2019
BOGOTÁ**

DEDICATORIA

Como no dedicar este trabajo a aquellos pequeños guerreros y guerreras que día a día batallan incansablemente contra las dificultades de enfermedades que ellos no pidieron padecer, y que aún contra todo tipo de obstáculos para los cuales nadie los preparó a enfrentar por su corta edad, guerrear diariamente perseverando, y dando fuerza a quienes más los aman. Este es un aporte y una voz de aliento a quienes padecen esta condición y que aún sonrían a la vida y sueñan con un futuro mejor. A mi príncipe Erik, mi fuerza y mi pilar, por todos y cada uno de los pequeños que sobrellevan su vida con diabetes, por quienes merecen todo nuestro respeto y admiración por su incondicional fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

Los agradecimientos que se presentaran, son un reflejo del sentimiento de gratitud que requiere involucrar a quienes de una u otra forma permitieron lograr el desarrollo de este trabajo, los cuales abarcan a quienes económicamente apoyan la continuidad en favor de persona que anhelan la prolongación de sus proceso educativo, así mismo a quienes han estado presentes desde la academia, transmitiendo no solo sus conocimientos, también sus propias experiencias las cuales les han llevado a tener los argumento que han de perdurar en los recuerdos de sus alumnos, y finalmente, a mi pilar, y mi razón de ser.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Lista de figuras.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción	10
1. Objetivos.....	13
1.1. Objetivo general	13
1.2. Objetivos específicos.....	13
CAPITULO PRIMERO	15
1. Nociones generales del derecho administrativo, el derecho a la salud y estudio caso específico.....	15
1.1 Elementos generales del derecho: el derecho administrativo y sus principios.....	15
1.2 Reflejo del derecho a la salud, respecto del principio de eficacia a partir de ley 100 de 1993	24
1.3..... Desarrollo teórico, etimológico e histórico de la diabetes mellitus. Estudio de caso específico.....	32
CAPITULO SEGUNDO.....	39
2. Estudios cuantitativos, experiencias y otras consideraciones.....	39
2.1 Fundamentos de esquemas cuantitativos del servicio de salud en sur américa, en relación a las complejidades de la población diagnosticada con diabetes mellitus...	39
2.2 Reglamentacion y normatividad vigente, como medios de proteccion del derecho a la salud a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus en Latinoamerica.	53
2.3 Estudio de la Ley Nacional de Diabetes N° 26.914 de Argentina	63
CAPITULO TERCERO.....	68
3. Presentación de teorías frente a la jurisprudencia y conclusiones.....	68

3.1 Aplicabilidad del principio de eficacia del derecho administrativo, en relación al análisis jurisprudencial de las sentencias propuestas en el presente trabajo.....	68
3.2 Contexto de la efectividad en la implementación jurídica de los casos Latinoamericanos estudiados, frente al caso Colombiano.....	76
3.3 Conclusiones	81
Lista de referencias	82
Anexos	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Prevalencia de Intolerancia a la Glucosa Según la IDF 2013 (Sudamérica) - Fuente DANE - Estadísticas Vitales	41
Figura 2 – Prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM), Según la OMS 2015 y la IDF 2013 (Sudamérica) – Fuente DANE - Estadísticas Vitales	45
Figura 3 - Mortalidad Proporcional por Diabetes Mellitus, Colombia 1998 – 2011 – Fuente DANE - Estadísticas Vitales.....	46
Figura 4 - Mortalidad Proporcional por Diabetes Mellitus, Según Sexo y Grupos de Edad, Colombia 1998 – 2011	47
Figura 5 - Tasas Específicas de Mortalidad por Diabetes Mellitus, Según Grupos de Edad y Sexo – Hombres, Colombia 1998 – 2011 – Fuente DANE - Estadísticas Vitales	49
Figura 6 - Tasas Específicas de Mortalidad por Diabetes Mellitus, Según Grupos de Edad y Sexo – Mujeres, Colombia 1998 – 2011 – Fuente DANE - Estadísticas Vitales.....	50
Figura 7 - Tasas Ajustadas por Edad de Mortalidad por Diabetes Mellitus por Departamentos, Colombia 1998 – 2011 - Fuente DANE - Estadísticas Vitales.....	52

RESUMEN

Este trabajo, desarrollara diversas perspectivas, que partirán con las explicaciones de los principios del derecho administrativo, así como las características del sistema de salud actual colombiano, y en este mismo orden, se desarrollaran conceptos que permitan la comprensión del lector respecto de la Diabetes Mellitus (DM), los alcances de esta enfermedad y sus complicaciones, lo cual llevara a desarrollar desde el segundo capítulo las exposiciones cuantitativas, producto de las complicaciones propias de esta enfermedad, las cuales se representaran por medio de figuras, que en su mayoría aportara una visión del constante crecimiento en las tasas de mortalidad de esta condición, aun cuando se encuentra y se presentara un recorrido desde la normatividad vigente respecto de este tema en algunos países Latinoamericanos, lo cual buscara finalmente, presentar y plantear posibles estrategias relacionadas con el cuidado y atención prestada al principio de eficacia del derecho administrativo, tanto de lo relacionado con la jurisprudencia presentada, así como su vinculación de la misma a la contexto colombiana.

ABSTRACT

The constant evolution in the field of health generates various sensations in the relationship between the state and society, given that each of the parties supports different types of needs that become opposed to each other. Then, for a society that trusts in a protectionist state, that expects not only the fulfillment of its principles and ends, there is also a yearning for immediate protection of basic and fundamental needs such as the right to health, however, at present there are several types of conflicts in different sectors of society in health matters, and punctually, for the purposes of the present, a condition known as diabetes mellitus, which is considered not only as a chronic disease and, is also high cost, where possibly not for all this sector of society can be clear policies and intermediation of the state around this condition, which is why different types of research are required in this field, is so, as with the development of this paper, we will investigate some of these issues, thus seeking to present aspects that could serve in certain cases as a reference for those who require information on the subject studied.

INTRODUCCIÓN

A partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, diversos han sido los fenómenos que de una u otra manera han cambiaron y continúan cambiando la realidad del país, y no solo refieren cambios sociales o económicamente (entre diversos factores más) y como consecuencia natural, nuevas políticas surgen diariamente, las cuales buscan cumplir los fines esenciales del estado. Ahora bien, en el presente trabajo se enfrentará un reducido segmento de esta realidad, abordado desde el punto de vista del proceso evolutivo de las políticas en salud, partiendo con el estudio de los principios del Derecho Administrativo, y como estos se enfrentan a una sociedad matizada por un frágil entorno respecto del sistema de salud, del cual, entre diversas condiciones requiere enfrentarse a una silenciosa enfermedad que recibe nombre de Diabetes Mellitus.

Con el fin de evaluar esta realidad, se requiere examinar algunos de los postulados jurisprudenciales referidos al principio de eficacia del derecho administrativo en favor del derecho fundamental a la salud, por medio de postulados, teorías, sentencias e información de la actualidad latinoamericana que involucran a este tipo de población, y obtener así, conclusiones que redunden en una posible aprensión de nuevos conocimientos al lector. Para ello, se requerirá entonces, hacer una descripción para que quienes desconocen los alcances de la diabetes, les puedan ser presentadas y logren reconocer las complejidades que sufren estas personas, cuyos niveles de glucosa (azúcar) en la sangre son variables y propenden por niveles muy altos, por lo general como consecuencia de la falta de insulina en sus cuerpos. Esta condición, es una realidad con la que coexisten algunas familias diariamente, la cual se subdivide en varios tipos hasta hoy conocidos, entre los más comunes se pueden encontrar la diabetes gestacional, la diabetes mellitus tipo uno y tipo dos, más con el presente trabajo se acercará al lector información encaminada puntualmente a expandir su conocimiento respecto de la diabetes mellitus, en adelante DM.

Esta última, precisamente puede ser padecida por algunos niños, niñas y jóvenes entre los siete y quince años, quienes requieren para su cuidado numerosos controles e insumos que demandan no solo el compromiso de quienes lo padecen, sino también de sus familias, la sociedad, así como su entorno, y principalmente del estado, pues es un hecho demostrable el

numeroso aumento de casos encontrados en la actualidad en Colombia, donde su desconocimiento tropieza con anécdotas pasadas de vicisitudes de familiares o de conocidos “*que fueron curados de la diabetes*” ubicando bajo el colchón de la cama un trozo de caña de azúcar o consumiendo brebajes populares de dudosa reputación.

Sin embargo esta población, que se caracteriza por encontrarse en una condición de especial de vulnerabilidad y situación de indefensión, se encuentran día a día con una serie de agravantes que desmejora ostensiblemente su delicada situación de salud, lo cual, pese a su alta exposición a complicaciones en el deterioro de salud por simples virus o por dificultades propias de su enfermedad, deben enfrentar junto a sus familias los obstáculos propios del sistema de salud de Colombia, el cual yace desde la falta de profesionales médicos que atiendan las particularidades de estos casos, así como la carencia de autorización de insumos y/o procedimientos ordenados por los médicos tratantes, los cuales suelen llegar a la negación de aquellos que son vitales, y buscan mejorar la calidad de vida y dignidad de estos pacientes.

Lo anterior exterioriza la escasa atención referida a este tema, aún cuando es un hecho indiscutible que la Constitución Política de Colombia desde su artículo 11° trata como un derecho fundamental el derecho a la vida, el cual busca brindar así, protección a las personas no solo respecto de la acción, así como en este caso en específico respecto de la omisión de cualquier naturaleza que ponga en peligro objetivamente la vida de un ser humano, y quienes particularmente para el presente, se trata de una población que reluce por el velo de su inocencia.

No con este trabajo se busca brindar una garantía de protección a derechos de los pacientes con este diagnóstico, busca presentar al lector una ligera noción respecto de la realidad del sistema de salud colombiano, frente al cumplimiento o no del principio de eficacia del derecho administrativo, en torno a la realidad para los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, así como la presentación de una leve exposición de la situación actual Latinoamericana, para que con la comprensión de esta condición, se puedan llegar a conocer y estudiar desde el campo del derecho administrativo, algunas herramientas que logren brindar a estos pacientes, un apoyo en las ocasiones en que sus necesidades médicas no logran ser son solventadas, y por ende desprotegidas.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Explicar el cumplimiento del principio de eficacia del derecho administrativo, respecto de la prestación de los servicios de salud a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus en Colombia, a partir de la ley 100 de 1993.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. **CAPITULO PRIMERO:** nociones generales del derecho administrativo, el derecho a la salud y estudio caso específico:
 - i. Elementos generales del derecho: el derecho administrativo y sus principios.
 - ii. Reflejo del derecho a la salud, respecto del principio de eficacia a partir de Ley 100 de 1993.
 - iii. Desarrollo teórico, etimológico e histórico de la diabetes mellitus. Estudio de caso específico. Sentencia N° 641 de agosto 1 de 2003 - M.P.: Clara Inés Vargas. –

- II. **CAPITULO SEGUNDO:** Estudios Cuantitativos, Experiencias y otras Consideraciones
 - i. Fundamentos de esquemas cuantitativos del servicio de salud en Sur América, en relación a las complejidades de la población diagnosticada con Diabetes Mellitus.
 - ii. Reglamentación y normatividad vigente, como medios de protección del derecho a la salud a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus en Latinoamérica

- iii. Estudio de la Ley Nacional de Diabetes N° 26.914 de 2013 de Argentina.

III. CAPITULO TERCERO: Presentación de Teorías Frente a la Jurisprudencia y Conclusiones

- i. Aplicabilidad del principio de eficacia del derecho administrativo, en relación al análisis jurisprudencial de las sentencias propuestas en el presente trabajo.
- ii. Contexto de la efectividad en la implementación jurídica de los casos Latinoamericanos estudiados, frente al caso Colombiano.
- iii. Conclusiones.

CAPITULO PRIMERO

1. NOCIONES GENERALES DEL DERECHO ADMINISTRATIVO, EL DERECHO A LA SALUD Y ESTUDIO CASO ESPECÍFICO

1.1 Elementos generales del derecho: el derecho administrativo y sus principios:

Cómo se podría dar inicio a todo el desarrollo del tema que se tratara en este escrito, sin antes tener conceptos claros que cumplan con el objeto principal del desarrollo de este primer capítulo, el cual busca brindar una importante claridad al lector de temas generales que, durante su progreso encontrara en cada uno de los capítulos que se desarrollaran en este trabajo.

Con lo anterior, resultaría fascinante obtener una idea de lo que se define inicialmente como el derecho, para lo cual se tomara la definición como “el conjunto de reglas dictadas y promulgadas por los organismos publico competentes para ello y que tienen como propósito regular jurídicamente las relaciones entre los hombres y entre el pueblo” (Moreno, 2004).

Este a su vez, cuenta con diferentes tipos de clasificación, que, dividiendo las ramas del derecho, conforme a una categorización acorde a reglas y normas ya sean de derecho público o privado, en donde el “derecho público es el que se ocupa de los asuntos del Estado, y el derecho privado se ocupa de los asuntos de particulares” (Moreno, 2004).

Se logra hallar que, dentro de estas ramas del derecho público, se aprecian el derecho constitucional, el administrativo, el procesal, el internacional público y el de hacienda, y, de otra parte, entre las ramas del derecho privado se encuentra el derecho civil, el comercial, el internacional privado y el del trabajo, los cuales, enfocan y agrupan sus facultades, acordes con su propia área del conocimiento.

Focalizando y puntualizando lo concerniente al presente escrito, respecto del tema del mismo se encuentra rama del derecho la cual se identifica y se reconoce como el “Derecho Administrativo”, y se define como “el conjunto de reglas jurídicas aplicables a la administración pública” (Moreno, 2004). Reiterando la aplicabilidad que proponen las reglas del derecho administrativo, sobre todo lo concerniente a la administración pública.

En tanto, a manera de complementar la imagen de la anterior definición, es conveniente afirmar que “constituye la parte del Ordenamiento jurídico que disciplina la organización y estructura, así como las actividades, en todo y en parte, de las diferentes Administraciones públicas” (Bermejo, 2013). Esta información se encuentra contenida en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (C.P.A.C.A)

Lo anterior, permite asociar al derecho administrativo, en una fantástica combinación del quehacer de la función administrativa del estado, que yace principalmente en su adecuado funcionamiento y organización interna, así como toda labor de quienes ponen en práctica y ejecutan aquellos mandatos y procedimientos, en pro de un justo sentido de reciprocidad entre la administración y el administrado.

Sin embargo, el resultado de la búsqueda por alcanzar los objetivos propuestos desde el derecho administrativo, difícilmente se llegaría a desarrollar sin perseguir en conjunto y armonía las pautas de orientación basadas en principios propios tanto del derecho administrativo, su función y organización administrativa. Es así como entre los principios del derecho administrativo se encuentran aquellos denominados por algunos autores como “la principiología del derecho administrativo” (Moreno, 2004, p. 07).

Este mismo autor presenta en su obra titulada Curso de Derecho Administrativo (Moreno, 2004) presenta como el primer principio, que recibe el nombre del principio del interés general, y este a nivel general, es el encargado de orientar la actividad administrativa, en favor del interés general, de los administrados.

Con el principio de la separación de poderes, se ha señalado respecto de este principio que el mismo “pretende la distribución del poder público en órganos o ramas con funciones específicas y delimitadas para cada una de ellas”, el mismo texto propone y cita a esta tesis, como una teoría que recuerda los pensamientos de Hobbes, Locke y Montesquieu.

Otro de los principios presentados por (Moreno, 2004), es el principio de legalidad, en el cual se indica que “la actividad de la administración debe ceñirse a un ordenamiento jurídico

rigurosamente jerarquizado” (Moreno, 2004), lo anterior, se encuentra contenido en la Constitución Política de Colombia del año (Const. P., art. 6, 1991).

El principio de la descentralización, indica Moreno, enfatiza en la imposibilidad de “organizar el estado moderno sin pensar en una distribución de funciones” (2004), mediante el desarrollo de este principio, se busca concretar las modalidades de descentralización, tanto la territorial, como por servicios.

Con el principio de la moralidad, se demuestra que “la administración, para conseguir sus fines, ha de obrar dentro de una rigurosa ética” (Moreno, 2004), donde no solo se ha de tener en cuenta la organización administrativa del Estado, hace parte también, aquellas circunstancias respecto de los deberes de los funcionarios, así como sus responsabilidades, inhabilidades, etc., según describe Moreno (2004).

Se incluye también en la obra de Moreno, breves descripciones de principios como el de economía, el cual plantea el requerimiento de tomar decisiones con agilidad. Presenta también el principio de celeridad, donde la administración tiene el deber de impulsar de oficio los procedimientos iniciados. El principio de imparcialidad, donde la administración debe garantizar los derechos de todas las personas. El principio de publicidad, donde se debe dar a conocer cualquier decisión de la administración, por la misma, todo lo anterior indicado así por Moreno (2004).

Moreno hace una breve descripción del principio de eficacia, en el cual indica que “los procedimientos administrativos deben lograr su finalidad, removiendo obstáculos puramente formales (Moreno, 2004). Lo anterior plantea el fin que debe perseguir los procesos de tipo administrativo, pues el mismo principio evidencia la realidad en “obstáculos” que se presenta, y evidencia también, una recopilación de otros principios, y que estos se deben practicar en favor de los administrados.

Este principio de eficacia, será nuevamente retomado a lo largo del desarrollo de este escrito, pues hace parte de una pieza fundamental que atañe a la población objeto de este estudio, y los cuales requieren que se profundice desde distintas perspectivas, que no solo han de incluir

desde las descripciones propuestas por los algunos autores, sino que se han de observar en el momento oportuno gracias a un vistazo somero desde el punto de vista de la jurisprudencia.

Para dar continuidad con el desarrollo temático de los principios, y reanudando con las referencias y descripciones que propone Moreno, se encuentra ahora los principios de la función administrativa, los cuales se encuentran plasmados literalmente en la Constitución Política de Colombia (Const. P., art. 209, 1991), entre los cuales se pueden encontrar los que se describirán a continuación.

El principio de igualdad, el cual se escribe como “el tratamiento rigurosamente imparcial a todos los administrados, sin favorecer ni a individuos ni a grupos” (Moreno, 2004). Este principio, se encuentra también textualmente desarrollado en los derechos de primera generación o individuales (Const. P., art. 10, 1991). A raíz de los reiterados sucesos de la historia universal, lo cual plantea la no discriminación de los individuos entre sí, así como de las instituciones frente a los mismos.

En el principio de la función administrativa se encuentra el de la moralidad, ya que las funciones de los servidores públicos se “deben desenvolver dentro de auténticos propósitos de servicio público, con toda honestidad y desinterés y con absoluto respeto a las normas sobre obligaciones, incompatibilidades y prohibiciones a los servidores públicos (Moreno, 2004). Propone así pues este principio, que el servidor público ha de tener vocación frente a su cargo, así como ser un buen ejemplo ante la sociedad respecto de sus cualidades como ser humano.

Con el principio de la economía, se plantea la necesidad de que los procedimientos agilicen la toma de decisiones, y dichos procedimientos “se deben adelantar en el menor tiempo y con la menor cantidad de gastos y no se deben exigir documentos y copias que los estrictamente necesarios, ni autenticaciones, ni notas de presentación personal, excepto las ordenadas por la ley” (Moreno, 2004). Evidencia este principio, el interés del legislador por evitar sobre las administradas situaciones que de una u otra forma le genere un perjuicio generado a raíz de procedimientos que puedan resultar inoportunos, a excepción de los claramente dispuestos por la ley.

El siguiente principio es el de celeridad, el cual, a pesar de ser un tanto similar al anterior, indica a diferencia del mismo a las autoridades el deber de dar impulso oficioso de los procedimientos, el de suprimir tramites innecesario, la utilización de formularios para actuaciones en serie según presenta Moreno (2004). Con lo anterior, se podría afirmar que basados en este principio, las autoridades administrativas del estado, han de hallar y brindar a sus administrados, medios que redunden en el bienestar de los mismos.

El principio de imparcialidad, se muestra a las autoridades el deber de actuar “teniendo en cuenta que, la finalidad de los procedimientos consiste en asegurar y garantizar los derechos a todas las personas sin ningún género de discriminación” (Moreno, 2004). Esto significa que el trato que han de recibir los administrados deberá ser bajo la igualdad de tratamiento, el cual reitera el primero de los principios reseñados en esta sección, y el cual tiene similares sentidos, los cuales propenden en el trato justo y paralelo entre los individuos.

El principio de publicidad, indica a las autoridades la obligatoriedad de “dar a conocer sus decisiones mediante las comunicaciones” (Moreno, 2004). Ya que al dar a conocer todas sus actuaciones se da cumplimiento a otros principios, y esto genera a su vez la transparencia que las actuaciones requieren, pues estas generan confianza de los administrados hacia sus instituciones y autoridades.

El principio de control propone que “las actividades de la función administrativa requieren vigilancia, supervisión y seguimiento” (Moreno, 2004). Con este principio, se busca dar cumplimiento a la Constitución Política de Colombia (Const. P., art. 209, 1991), ya que este ordena a las entidades públicas a diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno, sintetiza Moreno (2004). Es así, como se logra proporcionar una discreta autonomía a las autoridades administrativas, para que, por medio de métodos, se corrijan las falencias, y se mejoren los logros de cada entidad.

Con el principio de relegación, indica que la ley debe señalar las funciones que pueden ser delegadas por el presidente, ministros, directores de departamentos administrativos, representantes legales de entidades descentralizadas, superintendentes, gobernadores, alcaldes y

otras agencias del estado, según plantea Moreno (2004). Pues esta facultad, acarrea consigo responsabilidades en casos irreducibles, motivo por el cual requiere una plena autorización que logre la legalidad de dicha delegación.

Es así como nuevamente se hace referencia al principio de celeridad, y como se señaló anteriormente, este principio hace parte fundamental del presente escrito, así como el enfoque que se pretende presentar al lector, y el que, desde los principios de la función administrativa se refiere a que “los procedimientos deben lograr su finalidad, removiendo de oficio los obstáculos puramente formales y evitando decisiones inhibitorias” (Moreno, 2004). Con lo anterior, se logra vislumbrar nuevamente, y en particular, acervos de este deber de remover obstáculos formales, ya que posiblemente el legislador conoce la existencia de obstáculos que propenden a limitar el acceso de los administrados ante diferentes situaciones.

Señala también el autor, que las “nulidades que resulten de vicios de procedimiento, podrán sanearse en cualquier tiempo de oficio o petición del interesado” (Moreno, 2004). Lo anterior evidencia y confirma la prevalencia de principios, que no solo se encuentran en favor del administrado, se evidencia de manera recíproca, dado que, en principio, se podría evidenciar la coherencia que denotan entre sí estos principios, así como el empeño del legislador en obedecer la carta magna, y perfeccionar la finalidad de los procedimientos.

Es así como continuando con el desarrollo de este escrito, nos impulsa a reanudar en el desarrollo de los principios, ahora respecto de la organización administrativa, no sin antes advertir, que se continuara con el desarrollo del principio de eficacia desde las distintas perspectivas propuestas en él presente, buscando que las mismas generen una mejor comprensión al lector, respecto del principio de eficacia y su verdadera capacidad de dar cumplimiento a este principio constitucional.

El principio de la organización administrativa, radica en la personalidad jurídica de la autoridad, pues “las administraciones públicas se definen legalmente como personas jurídicas, es decir como sujetos de imputación de relaciones jurídicas” (Bermejo, 2013). Esto confirma que

entre la relación entre los particulares y la organización administrativa existe para esta última, un medio que lo convierte en un sujeto de imputación tal y como es el caso de los particulares.

Actualmente en el mundo jurídico se pueden encontrar a su vez otro tipo de personas jurídicas, sin embargo, su diferencia radica en que éstas se encuentran “sometidas a un estatuto jurídico especial o singular” (Bermejo, 2013). Una manera en la que se definen las administraciones públicas como personas jurídicas es su sometimiento a un estatuto propio y característico que también acarrea derivaciones dada en sus características auto organizadoras, proporcionando su propia configuración a partir de elementos esenciales encontrados en las leyes, que logran estudiar, prepara y elaborar documentos que les permite exteriorizar la voluntad de la persona jurídica, así definido por José Bermejo Vera (2013).

A pesar de contar con este principio de personificación jurídica, se pueden encontrar principios constitucionales que influyen directamente en la organización de la administración pública, entre los que se pueden encontrar el principio de jerarquía, que se basa en la “estructuración piramidal de los órganos de una administración” (Bermejo, 2013). Con este principio se busca una distribución vertical de las competencias fijadas, y esto es una referencia directa al deber de respeto y obediencia según la obra Derecho Administrativo Básico de José Bermejo. Con la jerarquía administrativa, conlleva también una potestad para resolver reclamaciones o recursos interpuestos a órganos inferiores, afirma igualmente Bermejo (2013).

Continuando, se encuentra el principio de coordinación mediante el cual se plantean diferentes vertientes, como la coordinación en actuaciones administrativas que se relacionan con la estructura jerárquica referida en el párrafo anterior, donde los órganos superiores, desempeñan a su vez tareas coordinadas de órganos distintos e inferiores jerárquicamente. Igualmente, la coordinación es necesaria constitucionalmente para el estado respecto de su autonomía, pues es fundamental para el desarrollo del principio de eficacia. El alto tribunal Constitucional destaca las características del principio de coordinación estableciendo que este “persigue la integración de la diversidad o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían respectivamente la realidad del sistema” (Bermejo, 2013).

El principio de colaboración o cooperación interadministrativa, es diferente al principio de coordinación, ya que la intermediación no ocurre al interior de una entidad, si no a nivel externo, y entre diferentes entidades, y resalta su carácter voluntario, contrario al carácter jerárquico del principio de coordinación. Sirva este en aclarar que el principio de cooperación es obligatorio en el supuesto de la “utilización de sistemas electrónicos con el objeto de facilitar a los ciudadanos un acceso en condiciones eficaces, en el ejercicio de sus derechos, el reconocimiento mutuo de documentos electrónicos, medios de identificación y autenticación, y prestación conjunta de servicios” (Bermejo, 2013).

Con el principio de descentralización, se distingue dos significados, uno político, el cual hace referencia a la distribución territorial del poder político de un Estado, y otro significado técnico – jurídico o descentralización funcional, requiere una técnica jurídica respecto de actividades o servicios de carácter público, lo cual indica la independización del funcionamiento, la cual cuenta con capacidad financiera que busca mejorar las actividades o servicios, facilitando la especialización en la creación de entidades públicas, que logren entre sí, apoyarse entre ellas, según indica José Bermejo Vera (2013).

Con el principio de desconcentración, se puede definir como “una técnica diferente a la descentralización territorial y funcional (...), es una transferencia de competencias de un órgano jerárquicamente superior (...), a otro inferior (...), dentro de la misma administración pública” (Vera, 2013). Es una técnica de delegación, la cual transfiere la competencia, al delegar, tan solo hay un traslado del ejercicio de la competencia, pero conservando la titularidad de quien delega, expone (Bermejo, 2013).

Así mismo, el primer principio que trata el libro Derecho Administrativo Básico de José Bermejo Vera, trata inicialmente el principio de eficacia, sin embargo, por temas prácticos de este escrito, se plantea ahora con el fin de brindarle al lector un contraste que le permita distinguir este principio, como un eje central del tema fundamental y concentrado de este documento. Por tanto, y para presentar el principio de eficacia no puede ser considerado ocioso o gratuito, contrario a ello se debe considerar que es el encargado de legitimar el aparato

administrativo, respecto de la organización, dado que la eficacia se debe valorar en función del cumplimiento del interés general, plantea (Bermejo, 2013).

Es así como el mismo esta obra propone la fijación del servidor público en función de la satisfacción del interés general, que pueden dejar de lado otras exigencias constitucionales, y que estas personas actúen de acuerdo a principios de mérito y capacidad, difiriendo de lo que perturbe e interfiera con su propósito. Este texto plantea igualmente como requisito en la creación de órganos administrativo, la dotación de créditos presupuestarios, prohibiendo la duplicidad de órganos existentes, presentado así por el autor Bermejo (2013).

Este principio de eficacia se encuentra también expuesto en la jurisprudencia nacional con definiciones desde el punto de vista argumentativo de casos puntuales detallados en las mismas, y una de ellas es la Sentencia C-826, 2013 (C.S.J., Sala Plena, 2013) que, en particular hace una diferenciación entre las condiciones de la eficiencia, la eficacia y la efectividad, sin embargo, respecto del tema tratado, se toma la definición de la eficacia como “la traducción de los deberes constitucionales positivos en que se concreta el valor superior de la igualdad derivado directamente de la nota o atributo de la social del Estado. Aquí es importante resaltar el valor que denota el principio de eficacia, encontrándose en un nivel superior al de la igualdad.

1.2 Reflejo del derecho a la salud, respecto del principio de eficacia a partir de Ley 100 de 1993.

La información a continuación presentada, permitirá localizar en este documento, las características que habrán de ser analizadas desde el objeto de estudio propuesto para este escrito, el cual, aun cuando entrevé diferentes posibilidades requerirá la concentración en la exposición de la presente investigación intrínsecamente a sus particularidades, las cuales buscaran ser presentadas, y estas pueden llegar a apartarse de la particularidad del presente escrito, por ende, es necesaria su focalización desde una generalidad hacia una particularidad, la cual requiere bases que desplieguen ajustadas y proporcionadas ilustraciones para que el lector logre identificar desde aquellas generalidades, los conceptos que se desarrollaran consecutivamente.

Respecto de la relación de estos principios, desde sus distintos enfoques, teorías y con el énfasis presentado frente al principio de eficacia, se requiere pues, reorientar y focalizar ahora los conceptos encauzados en otro de los pilares fundamentales de este escrito, motivo por el cual, se precisarán y establecerán nociones respecto del derecho a la salud, por ello necesariamente dará un primer paso abordando una de las leyes más controversiales de los últimos años respecto puntualmente del derecho a la salud y toda su regulación, la cual parte desde el Proyecto de Ley 155 de 1993.

Esta nueva ley se expide con una posteridad cercana a la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991 (Const. P., 1991), tanto así que nace al universo jurídico en diciembre 23 de 1993, metódicamente reconocida como la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se Dictan Otras Disposiciones. El origen de esta ley yace a raíz de sucesos propios de su época, así como resultado del nacimiento de la nueva Constitución Política y su planteamiento del nuevo Estado Social de Derecho encausando a estrategias que satisficieran las nuevas necesidades de la población colombiana de la época.

Es así, como en concordancia con la Constitución Política d Colombia de 1991, incluye en sus capítulos y sus estipulaciones (Const. P., art. 48 y 49, 1991), principios, los cuales

requerían ser reglados bajo este nuevo marco, el cual establece el derecho a la salud como un servicio público, por ende, plantea la obligatoriedad en su cumplimiento, así como formalidad respecto de su prestación, la cual se encontraría en cabeza o a cargo del estado, bajo su coordinación y vigilancia, no obstante este podría ser delegado en particulares, sin perder la facultad de vigilancia y control.

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se da por terminada la monopolización ejercida por el Instituto de Seguridad Social y abre el paso a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud o E.P.S., que podrían ser de carácter privado, público o mixto, y para ejercer el control y la vigilancia, crea también la Superintendencia de Salud, la cual tendría la función no solo de vigilar a las E.P.S., también las sancionaría, bajo los parámetros que establecen los principios generales, contenidos en el capítulo primero “De los Principios”, da paso a las disposiciones generales en los remas del Sistema General de Pensiones (L. 100, 1993). Este a su vez es un tema que abarca varios capítulos de la ley en cuestión, sin embargo, en este escrito no se hará referencia a ello, dado que no se busca desviar la atención del lector del tema principal.

A partir del Libro II, se instruyen las particularidades de esta ley, frente a tema de la “Seguridad Social en Salud” (L. 100, tít.: I, 1993). En esta, se encuentra su objeto, competencias y fundamentos, los cuales desarrollan principios que se adicionan respecto de aquellos encontrados en la Constitución Política de Colombia (Const. P., 1991.). En ellos se pueden encontrar el de equidad, obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concentración y la calidad. Y continua con la obligatoriedad de la intervención del estado, para la garantía del cumplimiento de los principios, asegurar la obligatoriedad de la Seguridad Social en Salud (ahora S.S.S.), el desarrollo de responsabilidades en la coordinación, vigilancia y control de la S.S.S., la ampliación en la cobertura, establecimiento de la atención básica, la organización de los servicios de salud en forma descentralizada, evitar que los recursos del S.S.S., se destinen a fines diferentes, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior se integran (L. 100, art. 155, 1993) a organismos de dirección, vigilancia y control, tales como los ministerios de salud y de trabajo, el consejo

nacional de S.S.S. y la Superintendencia Nacional de Salud. Integra también a los Organismos de Administración y Financiación como son las entidades promotoras de salud, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud y al Fondo de Solidaridad y Garantía. Complementa esta integración con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tanto públicas, privadas o mixtas, las demás entidades que entraran en vigencia con la Ley 100 de 1993 así como empleadores, trabajadores y sus organizaciones, incluyendo a aquellos trabajadores independientes y quienes, del Sistema General de S.S.S., se beneficiarían.

Respecto de los usuarios y beneficiarios del S.S.S., (L. 100, art. 156, 1993) esta ley, identifica además las características básicas del en el inmersas, y reitera nuevamente la obligatoriedad de regulación y vigilancia por parte del Gobierno Nacional. Revela la obligatoriedad que tiene el S.S.S., en brindar a sus afiliados algunos lineamientos respecto de las entidades promotoras de salud, en relación a los usuarios y administrados, así como la permisividad en la elección de las instituciones prestadoras por parte de los administrados, así como la facultad para conformar alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales representaran a estas entidades. En favor de los usuarios y/o administrado, esta ley prevé la creación un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables, los cuales serán financiados con los aportes fiscales de la Nación, y presenta directrices respecto de esta población.

Seguidamente, esta ley, da continuidad al indicar en este mismo capítulo la descripción de características concentradas en los afiliados al Sistema (L. 100, art. 157, 1993), el Régimen de Beneficios (L. 100, art. 162,1993), la dirección del sistema (L. 100, art. 170, 1993), en los cuales, y a grandes rasgos se referencian definiciones, aclaraciones y dispersiones, así como sus propios deberes y obligaciones. Expone también las clases de beneficios que recibirán, conforme a las calidades de sus afiliados y/o beneficiarios para ellos mismos, dando paso a la exposición respecto de la cobertura familiar, la atención básica, la atención materna infantil, los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, la atención de urgencias y finalmente los planes complementarios (L. 100, art. 163 a 169,1993).

Por medio del Capítulo IV, se referencia todo aquello relacionado a la dirección de este nuevo sistema, así como su conformación y funciones (L. 100, art. 170 a 176, 1993). Es así

como este capítulo primero indica generalidades y particulares para este nuevo sistema, buscando abarcar la mayor cantidad de aspectos generales que requirieran una nueva ley, y que la misma lograra responder a la satisfacción de las necesidades de quienes disfrutarían de la misma.

A continuación, se puede encontrar en la misma ley, dentro de un nuevo título, en el que se encuentra lo concerniente a la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual, instruye desde su capítulo I, todo aquello respecto de las Entidades Promotoras de Salud o E.P.S, encontrándose desde sus definiciones, funciones, campo de acción, requisitos, tipos de entidades, la regulación de sus ingresos, sus prohibiciones, e incentivos (L. 100, art. 177 a 184, 1993).

Mediante el capítulo segundo del mismo título, se encuentra la información ahora de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud o I.P.S., su definición, el sistema de acreditación de estas instituciones, ‘‘los pagos moderadores, la garantía de la atención a los usuarios, el mantenimiento hospitalario (...) y su dotación de manera prioritaria, finaliza con el incentivo a los trabajadores y profesionales de la salud’’ (L. 100, art. 185 a 193, 1993). En este título, se puede considerar la voluntad del legislador en no descuidar ninguno de los aspectos que encaminaría a una nueva prestación de servicios a los usuarios, sin que el espíritu en el interés particular dejara de lado o abandonara la exigencia tanto de la reinvención, así como los estímulos a aquellas personas que dedican sus vidas en pro del bienestar en la salud del usuario.

Con el capítulo tercero, del mismo título segundo de esta misma ley, se encuentra la descripción y detalles del Régimen de las Empresas Sociales del Estado o E.S.E., su naturaleza, régimen jurídico, carácter nacional como territorial (L. 100, art. 194 a 197, 1993). Con un sencillo bosquejo, este capítulo diseña un tipo de prestación de los servicios de salud, de manera directa por la nación, sus entidades territoriales, confiriéndoles un carácter como una categoría especial de una entidad pública descentralizada. Diseña desde su origen la obligatoriedad en el uso siempre de la expresión Empresa Social del Estado, entre otras particularidades contenidas en este título.

Ahora bien, en el capítulo IV, se encuentra la alusión a los usuarios, allí inicia con el artículo 198, en el cual se encuentra contenido la indicación que le deben presta las I.P.S., respecto de la atención a los sus usuarios, indicando particularmente la implementación de una línea telefónica que brinde atención permanente las 24 horas. Con el artículo 199, y continuando al tenor de la información de los usuarios, indicando al Ministerio de Salud su responsabilidad para definir normas de calidad, que entre otras logre establecer medidas como tiempo de espera, sus listas conforme a las patologías y necesidades de los pacientes (L. 100, art. 198 y 199, 1993).

Finalmente, indica la promoción de asociaciones de usuarios para a las poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, donde el gobierno deberá promover la organización de estas comunidades, “sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1983 y el decreto 1416 de4 1990, los cabildos indígenas, y en general cualquier otra forma de organización” (L. 100, art. 200, 1993). En particular este capítulo, presenta un cuestionable desarrollo de otras circunstancias que requerían ser esclarecidas desde la ley, así como el trato que recibió respecto de otros de sus capítulos, sin embargo, el desarrollo frente a este tema se ha perfeccionado de manera jurisprudencial.

Su continuación yace en el título III, de la Administración y Financiamiento del Sistema, donde se expone y diferencia el régimen contributivo del subsidiado, el fondo de solidaridad y garantía, sus recursos y financiamientos. Esta ley reserva el título IV para la Vigilancia y Control del sistema, el título V para la Transición del Sistema, el titulo VI para las Disposiciones Complementarias y finalmente concluye con el libro tercero del Sistema General de Riesgos Profesionales. Notoriamente estos son temas que de una u otra forma se vinculan a esta investigación, sin embargo, y con el fin de no desviar la atención del tema principal, puntualmente se presentaran estos títulos, para tener clara la continuidad y desenlace que dio el legislador al finalizar con la expedición de esta ley.

Desde la expedición de esta ley, así como de su entrada en vigencia, se ha encontrado a través de su camino, diversos factores que han traído consigo elementos que comprensiblemente viene generando tanto tropiezos como aceiteros, respecto de situaciones específicas visibles desde la jurisprudencia, no obstante, esta investigación no arrojaría un reflejo real y acertado del

tema de estudio, sin tener en cuenta distintos factores, como aquellos que desde la Ley 100 de 1993 a partir de su preámbulo y las disposiciones en ella incluidas, las cuales se desarrollan mediante la constancia dos grandes instituciones (entre otras) del nivel nacional, y las cuales buscan desarrollar en armonía los mandatos constitucionales, donde consecuentemente se podrían agrupar en dos grandes grupos, y de ellos, nuevos sub grupos y sucesivamente.

De una parte, se encuentran los pronunciamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los cuales se pueden evidenciar a través de su página web, frente a la normatividad, entre los cuales se encuentran el “decreto único reglamentario, los actos administrativos, las leyes, los conceptos, las notificaciones, la defensa judicial, los boletines jurídicos, los proyectos de actos administrativo, el normograma, la agenda regulatoria, el informe global de participación ciudadana, y finalmente el análisis de impacto normativo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Un segundo grupo, pero no menos importante, se encuentran las directrices emanadas a través de la Superintendencia Nacional de Salud (Súper Salud, 2019) encontrándose allí leyes, decretos, resoluciones, circulares externas y conjuntas, carta circular, circular única, conceptos, boletines jurídicos, sentencias, otras normatividades y finalmente el marco doctrinario, el cual brinda a esta investigación literatura existente en materia del derecho a la salud 2019), las cuales serán abordadas a través del desarrollo del presente escrito.

Ahora bien, al hacer un tamizaje de tipo comparativo entre algunas de las disposiciones legales y comunes encontradas en estas dos grandes entidades, se han extraído, únicamente tres de ellas, buscando reducir ampliamente su número, con el fin de centrar la atención del lector respecto del tema propuesto para este escrito a continuación se referirán particularidades de siguientes leyes, las cuales representan una pauta crucial, y por ende, requieren ser consideradas de valiosa importancia para el desarrollo del presente estudio, entre ellas se encuentran:

La Ley 1295 del 06 de abril de 2009, por medio de la cual “se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 Y 3 del Sisbén”, es una clara evidencia de la prominencia en el nivel del compromiso, donde se

obliga al Estado a garantizar derechos en esta población, garantizando vitales tales como los de tipo nutricional y alimentario, de educación inicial y atención integral en salud, enfáticamente y en particular esta ley señala y requiere se resalte esta premisa, respecto de la atención integral en salud a la población objeto de esta ley.

Es así como a pesar de la existencia de convenios y tratados internacionales que ha suscrito el Estado colombiano respecto puntualmente de los derechos de los niños y niñas, posiblemente pocas leyes enfatizan y centran su atención, esmero y cuidado por un sector social como lo es esta población, y aun cuando este es en particular evidencia uno de los propósitos de esta investigación, será mediante la ratificación, respecto de la importancia de este caso en particular, el cual recibirá un desarrollo puntual en el capítulo segundo de este trabajo.

Continuando con la presentación de las leyes que representan una notable importancia, se encuentra ahora la Ley 1392 del 2 de julio 2010. Por medio de esta ley, el Congreso de la República de Colombia reconoce las enfermedades huérfanas, las cuales requiere la adopción de normas que logren garantizar la protección social del Estado colombiano para la población que padece estas enfermedades (2010). Ahora bien, no se podría afirmar que la diabetes mellitus es considerada una enfermedad huérfana, pero sí, guardan una semejanza con dichas enfermedades, dado el valor de distintos de sus insumos, los cuales se consideran de alto costo, y gracias a esta ley, se da un desarrollo normativo desde el punto de vista de los principios en esta ley contenidos, así como la descripción tanto deberes como de obligaciones que se encuentran en cabeza del gobierno nacional, factor económico respecto del derecho a la salud. Este mismo desarrollo se presentara en el capítulo segundo, dado que aún se requiere la vinculación de someros conceptos que faciliten la comprensión del presente proceso de investigación.

Finalmente se propone la revisión de la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015, por medio de la cual, se busca garantizar el derecho fundamental a la salud, se definen y proponen principios, los cuales deben garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Nuevamente enfatiza la obligatoriedad del Estado respecto del respeto, la protección y la garantía del goce del derecho fundamental a la salud. En este documento, cabe destacar un

artículo particular, dado que el Congreso de la República reseña aquí, respecto del cuidado, los derechos y deberes de las personas, frente a la prestación del servicio de salud (2015), visibles desde su encabezado en la “eficacia” que se le otorga al ahora derecho fundamental a la salud.

1.3 Desarrollo teórico, etimológico e histórico de la diabetes mellitus. Estudio de caso específico.

Para dar inicio con la presente exposición, es necesario indicar algunas de las generalidades que representan a la diabetes, para que esto permita aclarar términos que serán usados durante la exposición de este tema, motivo por el cual la primera indicación que se presenta es el sentido etimológico de la palabra “diabetes”, para ello se presenta una sencilla explicación planteada en el artículo del News Medical Life Sciences donde se encuentra que una forma de denominar esta enfermedad de manera corta es la que recibe el título de diabetes, sin embargo su nombre completo es diabetes mellitus y esta se deriva del sifón griego *diabetes* y *mellitus* traduce enmelado o dulce” (Dr. Ananya Mandal, 2019).

Según la Dr. Ananya Mandal, algunos de los pioneros en buscar un manejo a esta enfermedad, así como recetar “tratamientos para la diabetes mellitus fue Sushruta, Arataeus, y Thomas (...). Los médicos griegos prescribieron ejercicio - preferiblemente a caballo para aliviar exceso del urination” (Dr. Ananya Mandal, 2019). Lo anterior, evidencia que una de las primeras formas de tratar la enfermedad recaía sobre la práctica de un ejercicio físico, luego, lo anterior, se basa en una de la más común recomendación de la medicina moderna, y esto es la actividad física.

En el mismo documento, se hace un esbozo histórico respecto de diferentes culturas del mundo antiguo y su percepción de esta enfermedad. Es así como el documento plantea que, en 1776, Matthew Dobson planteo que la orina dulce en pacientes diabéticos, se daba por el “exceso de una clase de azúcar en la orina y la sangre de la gente con diabetes (...), así mismo plantea también la doctora Ananya que en la época medieval, existía un tipo de sentencia como pena capital, pues se consideraba que si al tratarla, no brindaba apropiados resultados, se aplicaría la sentencia” (2019).

En cada uno de los apartes presentados en el artículo del News Medical Life Sciences, se encuentra la continuación de un desarrollo histórico, que sería de gran importancia su investigación, ya que como lo planteo Karl Jaspers, es necesario “estudiar el pasado para

entender el presente” y atendiendo de este postulado, talvez sería posible, identificar circunstancias posiblemente no exploradas, que podrían encontrar a uno de los cuestionamientos de todo diabético, y es el porqué.

Para continuar ahora, se presentarán a continuación algunas definiciones, las cuales permitirán establecer tanto la semejanza, como criterios y puntos de vista de entidades ampliamente reconocidas y de carácter fidedigno, para establecer entre sí sus percepciones respecto de esta enfermedad, y, en consecuencia, buscar facilitar la comprensión del tema para el lector.

Inicialmente se presenta la definición que presenta el Ministerio de Salud y Protección Social, desde su página web, en donde expresa que la diabetes mellitus “es una enfermedad en la cual los niveles de azúcar en la sangre se encuentran elevados. El azúcar viene de la digestión de los alimentos por medio de la hormona de la insulina ingresa células para posteriormente transformarse en energía” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). Aun cuando la anterior es una sencilla presentación de la enfermedad, el documento continúa con la diferenciación de dos tipos de diabetes.

La diabetes tipo uno, podría recibir una primera definición, donde “el azúcar obtenido a través de los alimentos no puede ser utilizado de manera usual por el cuerpo humano debido a la destrucción de las células productoras de la insulina” (...) así mismo presenta una definición para la diabetes tipo dos, la cual indica que esta se suele presentar con más frecuencia “en la edad adulta y se debe a que el organismo no produce suficiente insulina o a que las células la ignoran” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Se encuentra también un documento un poco más completo, cuyo material trata de profundizar un poco más en este tema y el cual refiere información puntual respecto de pacientes cuyo diagnóstico es diabetes mellitus tipo 1 (DM 1), y en el que inician indicando que es una enfermedad que “suele aparecer tempranamente, lo cual implica que los pacientes convivan con ella por muchos años” (Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento a los pacientes mayores de 15 años con diabetes tipo 1, 2015). Y yace aquí una de

las más comunes molestias de los pacientes, la cual es la persistencia en el tiempo y claramente en sus vidas.

Una tercera definición plantea que la “diabetes es una enfermedad provocada por la alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y produce complicaciones en diferentes órganos” (Villegas Perrasse et al., 2006). Las complicaciones que refiere esta ardua definición, encontrarán su desarrollo al exponer las complicaciones que trae consigo esta enfermedad a quienes la padecen.

La última de las definiciones a presentar, refiere que la “Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre (hiperglicemia) y se cataloga, junto a las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades pulmonares, como enfermedades no transmisibles (ENT)”, así definido por el Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Segundo Informe ONS: Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2013.

Teniendo las anteriores definiciones, las mismas se podrían reunir para tomar una única y general definición que encierre aspectos específicos que cada una de ellas contiene, por tanto, se podría afirmar que la diabetes mellitus, es una enfermedad metabólica crónica, la cual indica altos niveles de azúcar en la sangre, los cuales se producen cuando el páncreas no produce suficiente insulina. La diabetes mellitus se encuentra dentro del grupo de enfermedades no transmisibles (ENT). La diabetes mellitus se puede separar en dos grandes grupos los cuales se conocen como tipo uno y tipo dos. La diabetes mellitus tipo uno, aparece a edades tempranas, dado que la insulina no ingresa a las células. Y la diabetes mellitus tipo dos, se presenta cuando el azúcar de los alimentos no es usado por el cuerpo.

El manejo inadecuado de esta enfermedad genera en los pacientes que la sufren (sin distinción del tipo de diabetes), diferentes tipos de complicaciones, y factores de riesgo, entre los más frecuentes se encuentran la “hiperglicemia, dislipidemia, hipertensión arterial, (...) y entre las complicaciones las oftalmológicas, renales, neurológicas y el pie de diabético” (Segundo

Informe ONS Observatorio Nacional de Salud: mortalidad 1998 - 2011 y Situación de Salud de los Municipios de Frontera Terrestre en Colombia, 2013).

Entre algunos nuevos conceptos encontrados en esta precisión se puede indicar que la “hiperglicemia” refiere elevados niveles de azúcar en sangre lo cual puede producir a corto e inesperado plazo un coma diabético y a largo del tiempo, algunas de las demás complicaciones mencionadas anteriormente. La dislipidemia, se encuentra así definida por el Hospital Clínico Universidad de Chile, a través de su página web como, una elevación anormal de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL).

Es así como ante la posibilidad de complicaciones e afecten los órganos, el tratamiento recibido por un paciente que padece Diabetes Mellitus (DM), “comprende numerosos aspectos farmacológicos, nutricionales, educacionales, sociales y psicológicos” (Villegas Perrasse et al., 2006), lo anterior dado que diferentes de los órganos que sufren más por las alteraciones en los niveles de azúcar en la sangre, se refieren tanto a aquellos vitales como el sistema urinario y el sistema cardiaco, así como físicos tales como los visuales y de desplazamiento, referido a la amputación comúnmente de miembros inferiores dada la mala circulación de la sangre.

Uno de los factores menos aludidos en el argot popular, se refiere al tema de la obesidad, también presente en algunos pacientes con diagnósticos de diabetes mellitus, al respecto se ha encontrado que la “obesidad es una de las enfermedades más críticas del siglo XXI, (...) asociada a otros problemas de salud como la diabetes tipo 2” (Universidad Nacional de Colombia. Departamento Farmacia. y Londoño-Lemos, 2012). Refiere Milton E. Londoño, que aun cuando existen varios tratamientos para regular el metabolismo, se ha generado distintas preocupaciones a causa de sus efectos secundarios, llegando a retirarse comúnmente del mercado como por ejemplo “la sibutramina y el rimonabant (...) el gastro entero - pancreático, con relación a una serie de péptidos y hormonas que participan en la regulación alimentaria”, desarrollados en el mismo texto.

Sin embargo, existe, entre un sin número de factores, uno que acostumbra pasar desapercibido, y el cual solo será referenciado, pues, no se ahondara, dado que el mismo permitiría el desarrollo de otro proceso investigativo, en razón de su propia diversidad y de

numerosos elementos que le rodean, y es el que respecta a la “Regulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigidas a menores de edad”. Pues como se expondrá en el próximo capítulo, la tasa de casos respecto del aumento de población diagnosticada con diabetes mellitus, cobra algunas cifras que indican “la evidencia muestra que el consumo habitual de refrescos de fruta y bebidas con jugos de fruta, que contiene azúcares agregados, incrementa el riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 2” (Peralta, 2017). Este mismo alerta las condiciones y falta de control respecto sus vacíos normativos, propiamente respecto de la normatividad de la publicidad que tienen estos alimentos en el mercado tanto de alimentos como bebidas.

Aun cuando en el próximo capítulo se plantearan todo el contexto hallado para la presente investigación, es significativo aseverar con total seguridad que los casos diagnosticados con diabetes mellitus, han aumentado no solo a nivel nacional, el incremento es global, lo cual genera en las sociedades una carga tanto en el “aspecto social, económico y en salud (..) y considerada además una de las enfermedades que mayores cambios causa a los sistemas de salud de todas las naciones, independientemente del nivel de ingresos” (Vargas-Uricoechea y Casas-Figueroa, 2016).

Para cumplir tal efecto, esta sentencia instruye los hechos relacionan, en los cuales relacionan como demandante la madre de un paciente beneficiario del Instituto de Seguros Sociales dese el 16 de diciembre de 1984. El paciente cuenta con un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1. El paciente presenta también un diagnóstico por una alteración cardiaca congénita. Mediante el desarrollo de esta sentencia se encuentra una amplia descripción de las generalidades de la enfermedad. Se refiere en la presentación de la demanda, que el paciente tiene sufre distintos tipos de dificultades para el correcto desarrollo de su tratamiento, dado que tanto los tramites y autorizaciones para la valoración constante del especialista presenta diferentes dificultades. Por lo anterior solicita se “ordene a la E.P.S. del Instituto de Seguro Social, suministre a su hijo en forma completa los tratamientos por el requeridos; así como una atención integral, pruebas diagnósticas y los medicamentos requeridos tano para el tema diabético como cardiaco” (Sentencia T - 641, 2003).

Con la revisión de la sentencia se encuentra que “el Juzgado Séptimo Penal del Circuito de Medellín, en providencia del 27 de febrero de 2003, decide negar la presente tutela, al considerar que el trámite no se demostró que el Seguro Social hubiese incumplido con sus obligaciones” (Sentencia T - 641, 2003). El juez que falla este caso argumenta que la demandante no anexó las ordenes médicas para el suministro de los medicamentos a su hijo, y que aun cuando el despacho se comunicó para solicitarlas, este respondió que no tenía los soportes porque los mismos se encontraban en trámite.

Con la intervención de la entidad accionada, allega escritos al juez, donde manifiesta que no se concede un tratamiento al hijo de la demandante, por no especificar los servicios requeridos para el mismo, plantea el equipo jurídico de la E.P.S, que la accionante indica una afirmación sospechosa, al no presentar prueba o sustento de sus afirmaciones. Las consideraciones de la Corte Constitucional, plantean, además de las formales, desde el análisis de la legitimidad de la accionante para representar a su hijo quien ya es mayor de edad para la fecha de los hechos, indicando jurisprudencia pertinente al tema de la legitimidad, haciendo énfasis donde “la relación filial no legitima el actuar del padre o de la madre para interponer la acción de tutela a favor de un hijo mayor de edad” (Sentencia T - 641, 2003). Sin embargo, al interior de la demanda, se encuentra un documento que expresa la manifestación del paciente para que su señora madre instaure la acción de tutela, al coincidir en la voluntad de ver lesionados sus derechos.

El siguiente punto que analiza la Corte Constitucional, es el referido de la procedencia de la acción de tutela, frente a violaciones o amenazas claras a ciertos derechos fundamentales, en cuanto al objeto específico de la tutela y respecto de la norma Constitucional, por lo que se indica que la prosperidad de la tutela en este caso, se supedita a la demostración del quebramiento o amenaza de la vulneración por lo menos de un derecho fundamental. Encuentra la corte, que, dado que el paciente no está recibiendo los suministros para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo uno que padece, se encuentra claramente amenazado el derecho fundamental a la salud y a la vida.

Con lo anterior, la sala resuelve revocar la sentencia que profirió el Juzgado Séptimo Penal del Circuito de Medellín, en providencia del 27 de febrero de 2003 y en su lugar tutelar los derechos fundamentales a la salud y la vida del paciente, ordenándosele a la E.P.S., del Seguro Social, que en el término de cuarenta y ocho horas, a partir de la notificación de la decisión, autorice al paciente la entrega de tirillas de medición de glucemias, por todas las veces y el tiempo que el médico tratante lo ordene, así como las insulinas y/o medicamentos requeridos para el manejo de la enfermedad.

Atraves de esta sentencia se encuentra claramente reflejados los postulados propuestos y analizados en la parte inicial de este escrito, dado que tal como se afirmó, este caso revestía la necesidad de la protección de particularmente dos derechos fundamentales, tanto así que se encuentra el señalamiento al derecho fundamental a la salud, y la vida. La Corte Constitucional, no manifiesta su interés por dar aplicación el principio de eficacia, objeto de estudio del presente, sin embargo, plantea en el cumplimiento de los aspectos Constitucionales, o intrínsecamente, los presupuestos del derecho administrativo, evitando para el afectado, incurrir en procedimientos que estuvieran impidiendo el disfrute de su salud, así como la posibilidad, que ante la negativa de la E.P.S., se pusiera en riesgo su vida. Este caso cumple con el cumplimiento del principio de eficacia del derecho administrativo, desde la óptica de la decisión de la Corte Constitucional.

CAPITULO SEGUNDO

2. ESTUDIOS CUANTITATIVOS, EXPERIENCIAS Y OTRAS CONSIDERACIONES

2.1 Fundamentos de esquemas cuantitativos del servicio de salud en Sur América, en relación a las complejidades de la población diagnosticada con Diabetes Mellitus.

Con la idea de formar una imagen clara de la proporcionalidad y alcance de situación del servicio de la salud, respecto de la diabetes en la población objeto del presente estudio en los cuales yacen datos estadísticos de información recopilada a nivel de Sur América, el cual incluye por supuesto a Colombia, en los cuales se muestran alarmantes cifras de casos detectados y/o reportados, los cuales se verán representados en gráficas, y contarán con un compendioso análisis, el cual brindara las bases que se desarrollaran en el capítulo final de este escrito.

Los datos e información estadística encontrada, serán presentados y transformados buscando que los elementos comparativos de los datos más relevantes de la información general de Sur América ofrezcan esquemas que permitan contrastar realidad nacional. Para lograrlo, es necesario que de entre distintos elementos, se extraigan aquellos que consiguieran identificar, inicialmente algunos de los factores comunes y que estos permitan asemejar las igualdades y discrepancias es que se presentan en las naciones de Sur América.

Así pues, la “Organización Mundial de la Salud (O.M.S), estima que 347 millones personas a nivel mundial padecen diabetes mellitus, de ellos el 80% se encuentran ubicados en países de medianos y bajos ingresos” (Segundo Informe ONS Observatorio Nacional de Salud: mortalidad 1998 - 2011 y Situación de Salud de los Municipios de Frontera Terrestre en Colombia, 2013), y agrega que se espera que en 2030, la DM duplique el número de muertes que las ya ocurridas en el año 2005, así como el aumento de 439 millones de adultos padecerán esta enfermedad.

De otra parte, el artículo especial de la Sociedad Española de Arterioesclerosis, denominado Epidemiología de la diabetes mellitus en Suramérica: la experiencia de Colombia, se encuentra que un 8.3% del total de la población mundial, padece de diabetes mellitus, y se espera un aumento de ms de 592 millones de personas diagnosticadas, conforme a lo expuesto por Vargas H. y Casas L.(2016). Indican así mismo que en los casos de Sur América y Centro América, existe un cálculo del aumento en el periodo comprendido entre el año 2013 y 2015 demás del 59.8% de casos diagnosticados, lo cual quiere decir que el número de pacientes pasaría de los 24 millones a los 38,5 millones.

Ahora bien, gracias a algunas de las tablas presentada por (Vargas-Uricoechea y Casas-Figueroa, 2016), las cuales fueron convertidas, con objetivos didácticos para visibilizar mediante figuras que se presentaran a continuación, una exhibición de una sencilla pincelada de lo que esboza el estudio de estos autores mediante el análisis inicial frente a la prevalencia de intolerancia a la glucosa, en algunos de los países de Sudamérica en la particularidad única del año 2013. Con la primera figura, se evidencia disimiles y particulares datos, de los cuales se destacaran los más representativos.

Por ello, un destacado y considerable alto grado de prevalencia del caso específico de Brasil, país con una extensión aproximada es de 8.500 000 km² (2012), versus un muy bajo número de casos en Surinam, el cual cuenta con una extensión aproximada de 163.270, km² según indica la página web del Ministerio de Asuntos Exteriores, Union Europea (2019), y la Guyana, comprendida por cerca de 163.820 km² (Biblioteca Digital Mundial, 2019), esta información, puede permitir, la creación de supuesto, donde a mayor extensión y número de habitantes de un territorio, mayores números de casos.

Llama la atención, de una segunda posición para Colombia, que aunque frente a Brasil, se hablaría de un nivel por debajo de la mitad de casos de este país, es también considerablemente respecto a los dos países de menor número de casos de la misma tabla, que estos números se triplican, y llaman la atención dado que la extensión territorial y poblacional de Colombia, pues se sabe que Brasil es casi siete veces más grande que Colombia en extensión y más de cuatro veces más pequeña poblacionalmente que el mismo Brasil.

En el texto de (Vargas-Uricoechea y Casas-Figueroa, 2016), definen la intolerancia a la glucosa, como “una incapacidad del cuerpo para el procesamiento de esta misma sustancia”(Vargas, 2016), razón por la cual, a una persona que se le dificulte este procesamiento, requerirá pues el suministro de algún tipo de insulina externa, que pueda procesar la glucosa que alimente a las células.

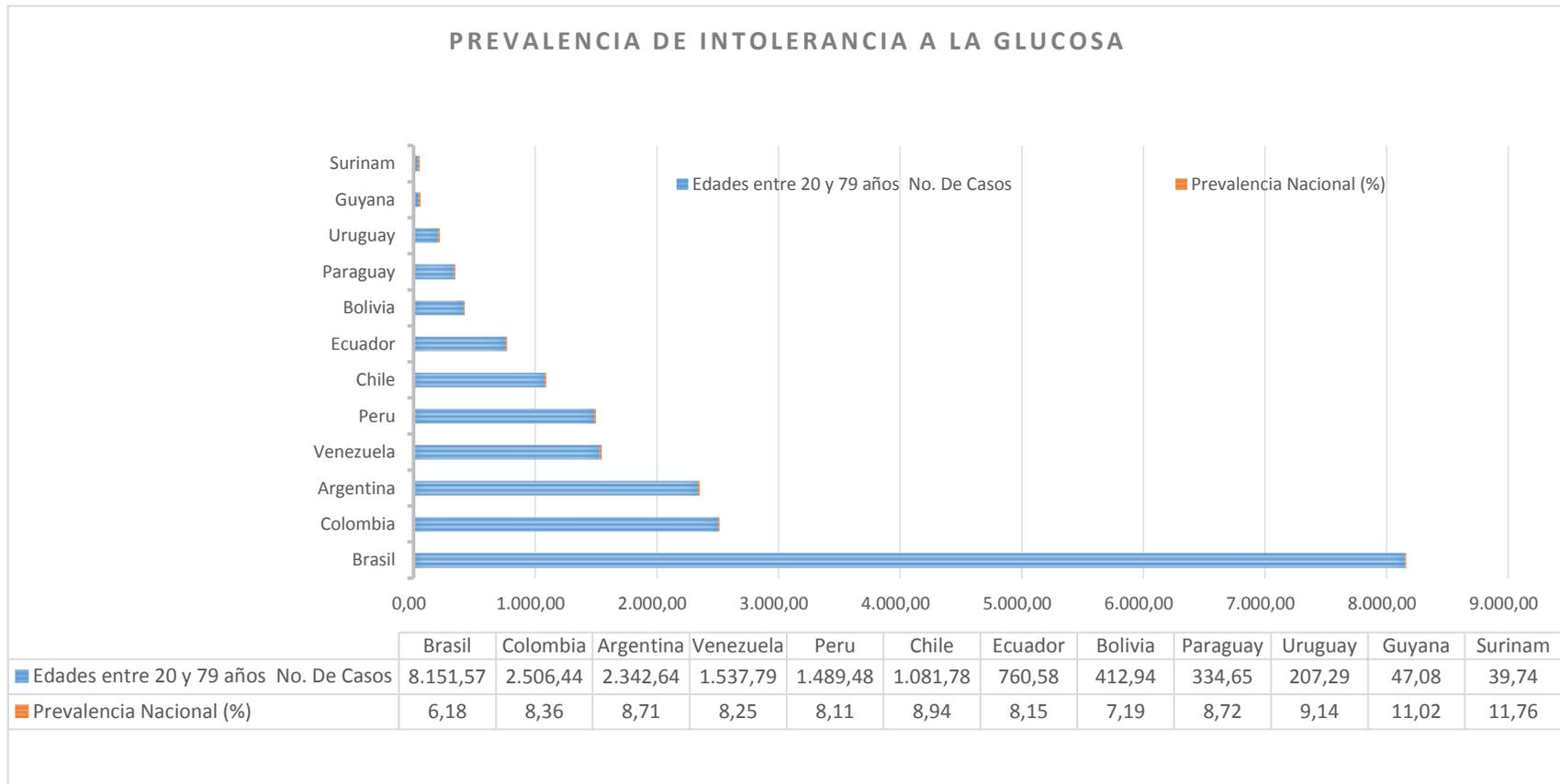


Figura 1 – Prevalencia de intolerancia a la glucosa según la IDF 2013 (Sudamérica) – Fuente DANE Estadísticas Vitales

Ahora bien, en la figura 2, referencian pacientes con Diabetes Mellitus (DM), con edades entre los 20 a los 79 años de edad presentado en el texto “epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia” (Vargas-Uricoechea y Casas-Figueroa, 2016). En esta figura, se evidencian similitudes, respecto de la figura anterior (Figura 1), se marca una clara diferencia de Brasil, y los países que se encuentran en este.

Con esta figura, no se puede estandarizar una prevalencia respecto de la información en los casos de hombres versus mujeres, pues no se establece algún tipo de particularidad, es decir, aun cuando algunos de los países se encuentran dentro de los mismos porcentajes de ponderación, únicamente se puede establecer y confirmar la información anterior respecto de Surinam y Guayana, respectivamente, pues estos países se encuentran muy por debajo del promedio, respecto de sus poblaciones cercanas. De otra parte, cabe ahora señalar que puntualmente para este caso deja de ser Brasil quien tiene un menor valor porcentual de hombres y mujeres diagnosticados con DM, en esta oportunidad el país de Suramérica que tiene el menor porcentaje de prevalencia nacional es Perú, seguido de Ecuador y Argentina. Lo anterior conforma a la información reflejada en (Vargas-Uricoechea y Casas-Figueroa, 2016).

Esto confirmaría el artículo del especial de la Sociedad Española de Arterioesclerosis, denominado Epidemiología de la diabetes mellitus en Suramérica: la experiencia de Colombia, (Vargas, 2016), donde se encuentran que en Perú, “el Ministerio de Salud había establecido previamente lineamientos de políticas del sector salud para el periodo 2007 – 2020 (...) en el cual se priorizo la vigilancia, prevención y control de enfermedades como la DM” plantean los autores en el mismo texto. Lo anterior expone que los resultados arrojados, puntualmente en el caso de Perú, podrían yacer como efectos de la implementación de tales políticas y que las mismas estarían cumpliendo sus cometidos al interior de la comunidad.

De otra parte, se expresa que en Ecuador, “para el año 2008 la DM fue la primera causa de muerte en mujeres (1.931 casos por un tasa de 28 por 100.000), y la séptima causa de muerte entre los hombres” (Vargas, 2016). Esta presentación expone también que conforme a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011 – 2013 se encuentra una prevalencia de DM, con un valor aproximado de glucemia de menor o igual a los 126 mg/dl, señala el mismo texto.

Respecto de Venezuela, se encontró que no era posible tomar la veracidad total de la información de morbilidad, expedida por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, ya que no puede ser tan fiable la atribución a la DM, dado que, entre otros, este país no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, la información respecto de la prevalencia durante los años 1963 y 1997, plasma una prevalencia de entre el 0,9 a 6,1 %, lo cual variaría conforme al criterio del diagnóstico de edad del evaluado.

El caso de Bolivia, presenta uno de los indicadores de deficiencia de América latina, sus datos de la prevalencia de la DM, el cual se encuentra en dentro un estudio de corte transversal respecto de la población, la cual hayo una prevalencia (Vargas, 2016) de “DM, hipertensión arterial, obesidad y factores de riesgo relacionados solo en las 4 ciudades más grandes del país (...) En el año 2002, se las autoridades documentaron 1.600 muertes por DM, estableciendo una tasa de mortalidad de 13 por 100.000 habitantes” según lo así planteado por Casas y Vargas 2016.

Chile arrojo mediante la Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010, una prevalencia de DM del 9,4% donde el 8,4% correspondía a hombres y el 10,4% a mujeres, lo cual plantea una aproximación cercana a las 1.200.000 de personas que poseen DM2, lo cual significa una extensión del 67% de prevalencia. Ahora bien, Casas y Vargas, 2016, encontraron que en 2003 la prevalencia fue del 6,3% lo cual significaba que cerca de 700.000 personas padecían DM2. Cuando se evaluó la prevalencia respecto del nivel educativo se encontró que en el nivel educativo bajo, la prevalencia fue del 20,5%; en el nivel educativo medio el 7,1% y nivel educativo alto el 6,2% (2016).

Analizados estos datos estadísticos de algunos de los países de América Latina, se procederá a revisar el caso específico de Colombia a partir de la figura 3, el cual se forjará, sin apartarse de lo encontrado en los países vecinos, para ello se tomaran tablas, las cuales se han convertid en figuras, de las tasas de mortalidad presentados por (Segundo Informe ONS Observatorio Nacional de Salud: mortalidad 1998 - 2011 y Situacion de Salud de los Municipios de Frontera Terrestre en Colombia, 2013), el cual fue desarrollado por el Instituto Nacional de

Salud, y el Observatorio Nacional de Salud, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social.

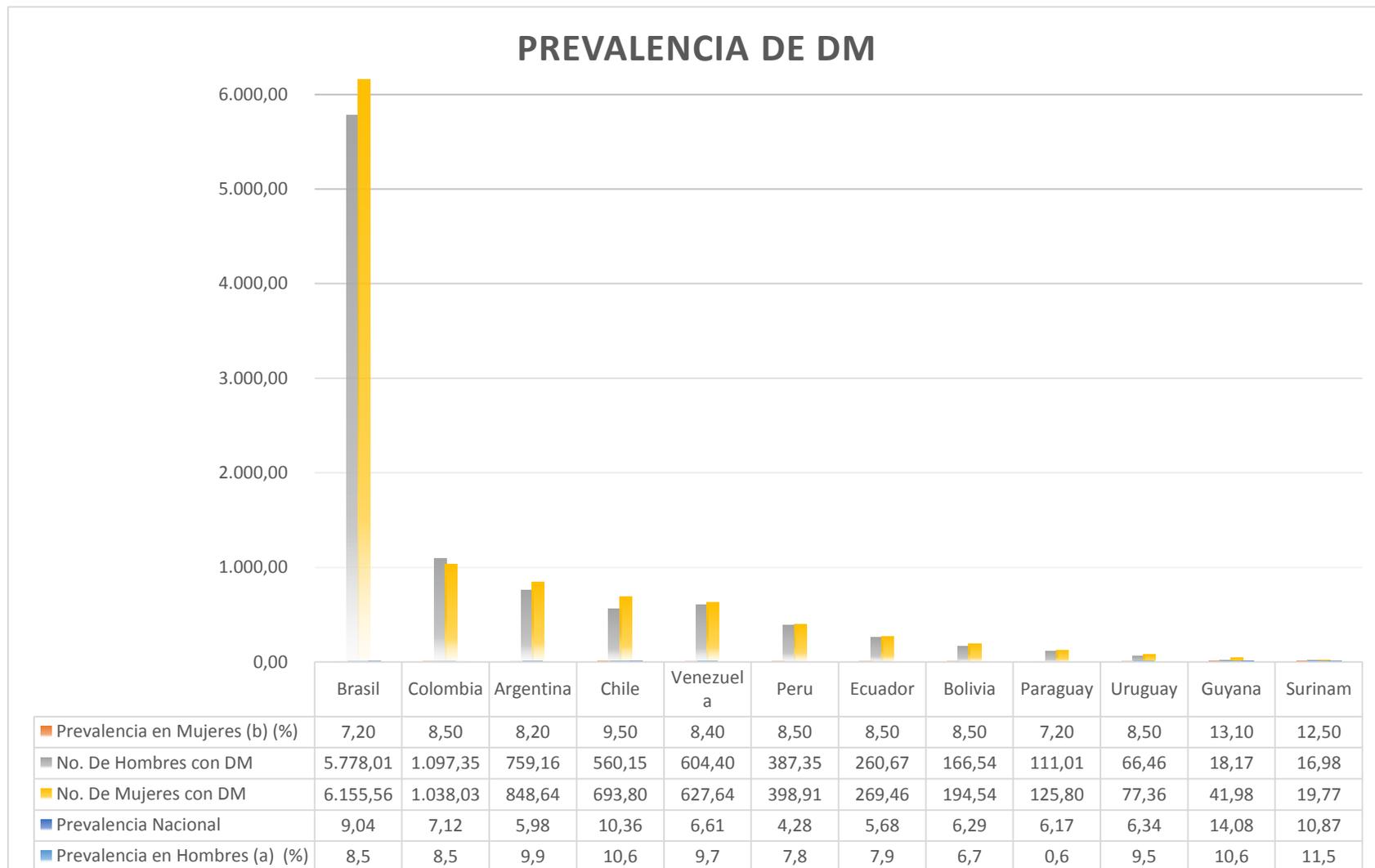


Figura 2 – Prevalencia de la diabetes mellitus (DM) según la OMS 2015 y la IDF 2013 (Sudamérica) – Fuente DANE Estadísticas Vitales

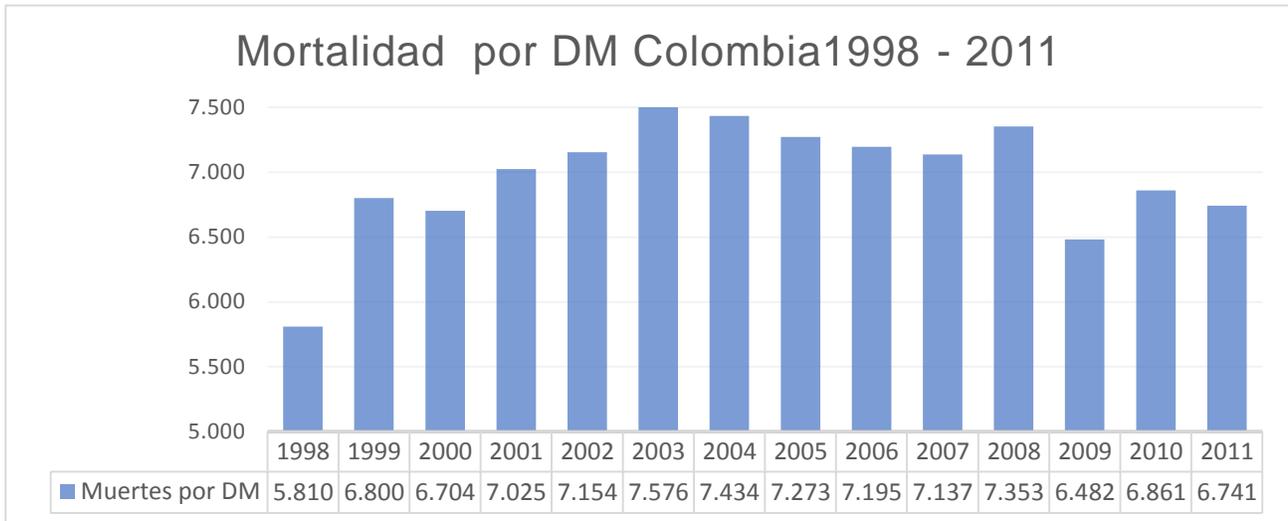


Figura 3 - Mortalidad proporcional por Diabetes Mellitus, Colombia 1998 – 2011 – Fuente DANE Estadísticas Vitales

Con la figura 3, (Vargas, 2016) mostro y se evidenció que durante el periodo comprendido entre el año 1998 y el año 2011, se produjeron un total de 97.545 decesos por DM, lo cual genero un promedio anual aproximado de 16.3 muertes por cada 100.000 habitantes. Los años 2003 y 2004 produjeron un total de 14.707 muertes, lo cual ha represento el mayor número de casos de mortalidad por causa DM en Colombia, con un total de 7.576 casos, frente a un relativo número de casos del año 1998, el cual se encontró para ese momento representado por 5.810 casos, cabe anotar, que para este año 1998, ya se encontraba en vigencia, no solo la Constitución Política de 1991, se encontraba también en vigencia la Ley 100 del año 1993.

Tal y como se planteó en el capítulo anterior, esta última ley propondría una serie de estrategias, las cuales beneficiarían a la población colombiana desde el punto de vista del derecho a la salud, sin embargo, se podría afirmar que eventualmente las mismas tendrían componentes que no brindarían a esos 7.576 casos de mortalidad del año 2003, estrategias que brindarían a sus condiciones de salud, resultados que necesariamente resultaron en decesos, que arrojarían datos estadísticos. Aun así, se ha de reconocer, que el año 2009 produjo el menor número de casos de decesos a causa de la DM, que posiblemente responde a estrategias y políticas estatales de las cuales no se lograron evidenciar para el momento de la elaboración de este trabajo, motivo por el cual, se omitirá en este momento tal información, pues sería irresponsable solo tratar de imaginar.

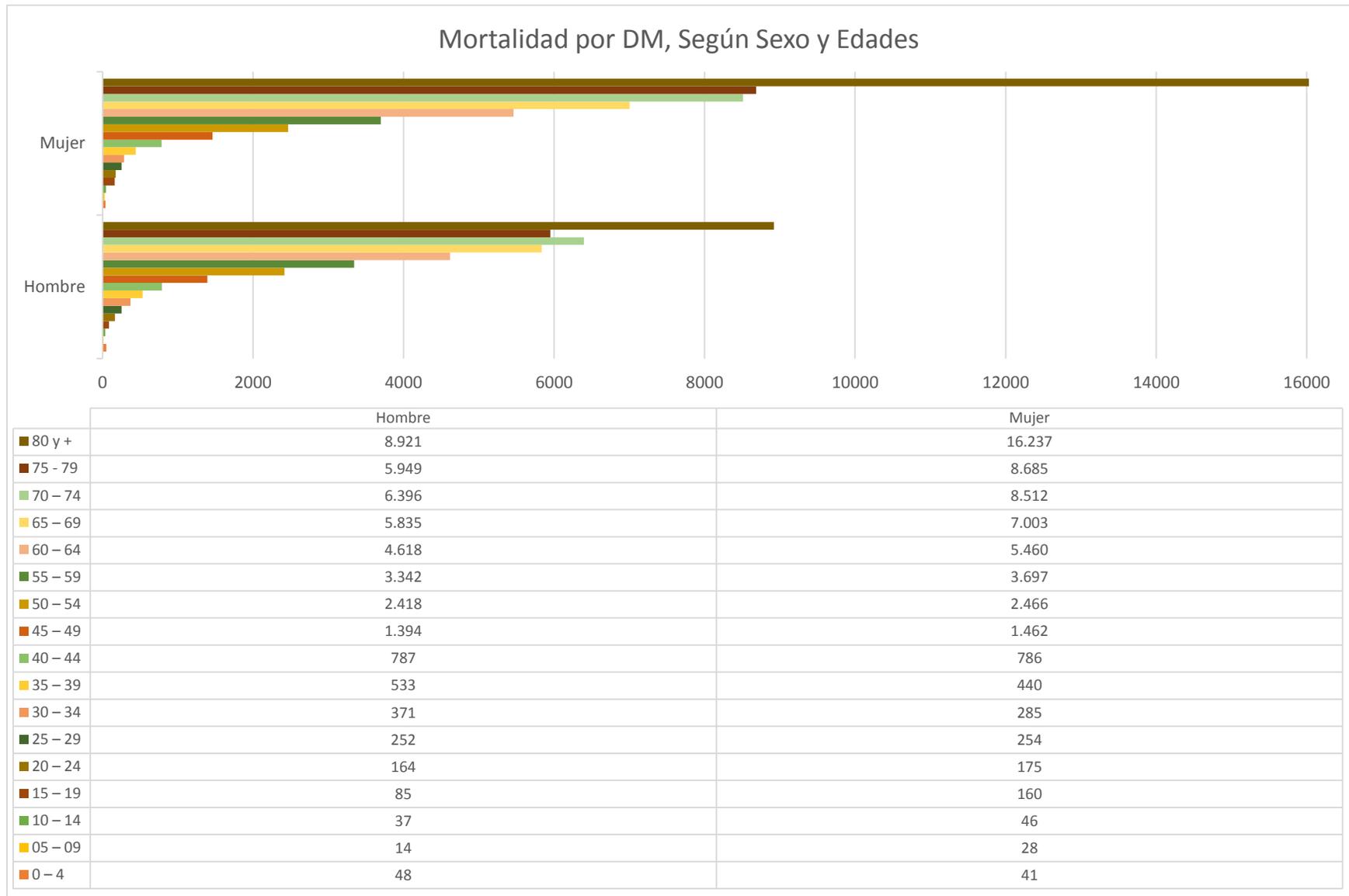


Figura 4 - Mortalidad proporcional por Diabetes Mellitus según sexo y grupos de edad, Colombia 1998 – 2011

En el argot popular, se suele afirmar que el sexo femenino comúnmente vive más años que el sexo masculino, sin embargo la figura 4, evidencia una situación completamente opuesta respecto de la mortalidad por DM, se totaliza para el periodo correspondiente entre 1998 y el 2011 en 41.164 decesos del sexo masculino y 55.737 del sexo femenino, para un total entre estos dos grupo de 96.901 decesos en colombianos desde los cero años de edad en adelante, este último grupo, es el que mayor número de casos representa en esta información.

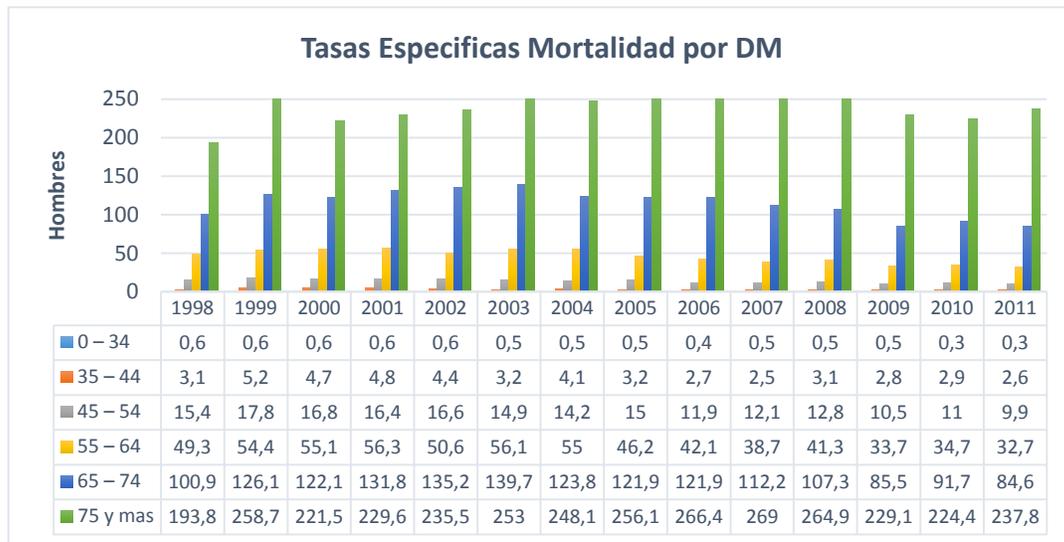
La anterior información, presenta que en los tres primero grupos la diferencia entre el sexo femenino y masculino respecto del número de casos de decesos a causa de la DM, disienten unos de los otros en cerca de 10 casos, sin embargo a partir del grupo comprendido en los pacientes de 15 a 19 años de edad, este margen llego a variar en 75 casos, recurriendo a las diferencias de aproximados los diez casos en las edades de los 30 hasta los 45 a 49 años, donde la diferencia se dispara nuevamente hasta los 68 casos de diferencia, aun cuando contrario a la regla los casos de los grupos de 30 a 39 años, la diferencia de hasta 93 casos es de mayoría de sexo masculino.

Esta información evidencia finalmente, que el mayor aumento de casos de decesos a causa de la Diabetes Mellitus, ocurre a partir de los 55 años en adelante, en donde el grupo de 55 a 59 años presenta una diferencia de decesos de 355 casos, el grupo de 60 a 64 años muestra una diferencia de 842 casos, el grupo de 65 a 69 años la diferencia es de 1.168 casos, el grupo entre 70 y 79 años, la diferencia es de 2400 casos en promedio, y finalmente en el último grupo, la diferencia es de 7.316 casos. Lo anterior, no hace una regla general, pero si podría orientar los esfuerzos que guiarán políticas estatales en favor de estos grupos de individuos.

Muestra esta información también, que existen factores que evidentemente marcan una gran diferencia, en lo cual se precisa destacar los 75 casos de diferencia en los niveles de mortalidad de la población de 15 a 19 años de edad, ya que esta población refiere jóvenes empiezan su camino por la vida, y los cuales representan esta alarmante cifra, así como la de la población de entre 30 a 39 años, los cuales ya se encuentran catalogados como adultos, que reconocen los cuidados propios de su salud y por tanto reconocen el manejo que debe recibir su condición, pues aun cuando este grupo representa una variación por encima de los 179 casos de

decesos de una enfermedad que tendrían la capacidad y autonomía de manejar, en la generalidad de los casos.

Las siguientes gráficas, mostraran tasas específicas de los casos de mortalidad por Diabetes Mellitus según grupos de edad y sexo, inicialmente de hombres, y a continuación de mujeres en Colombia 1998 – 2011 (Vargas, 2016), en los cuales, se logra evidenciar que en el grupo de 35 a 44 años, durante los periodos de 1999 y 2002, así como en los periodos de 2004 a



2006, se llegó a presentar los más altos casos de mortalidad de hombres, y específicamente en el caso de las mujeres, aumento a partir de los 55 años de edad.

Figura 5 - Tasas específicas de mortalidad por Diabetes Mellitus según grupos de edad y sexo – Hombres, Colombia 1998 – 2011 – Fuente DANE Estadísticas Vitales

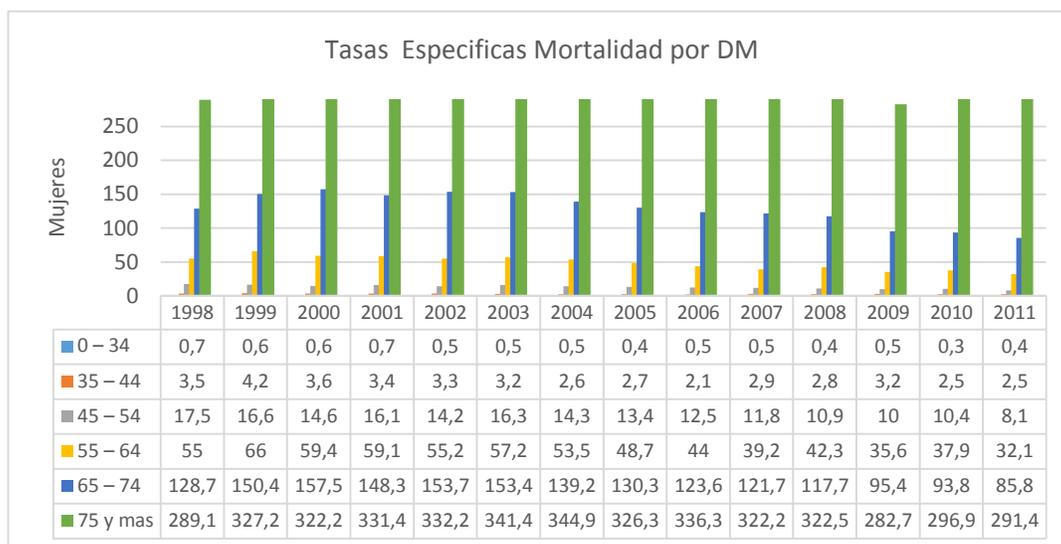


Figura 6 - Tasas específicas de mortalidad por Diabetes Mellitus según grupos de edad y sexo – Mujeres, Colombia 1998 – 2011 – Fuente DANE Estadísticas Vitales

TASAS POR DEPARTAMENTOS POR MORTALIDAD POR DM

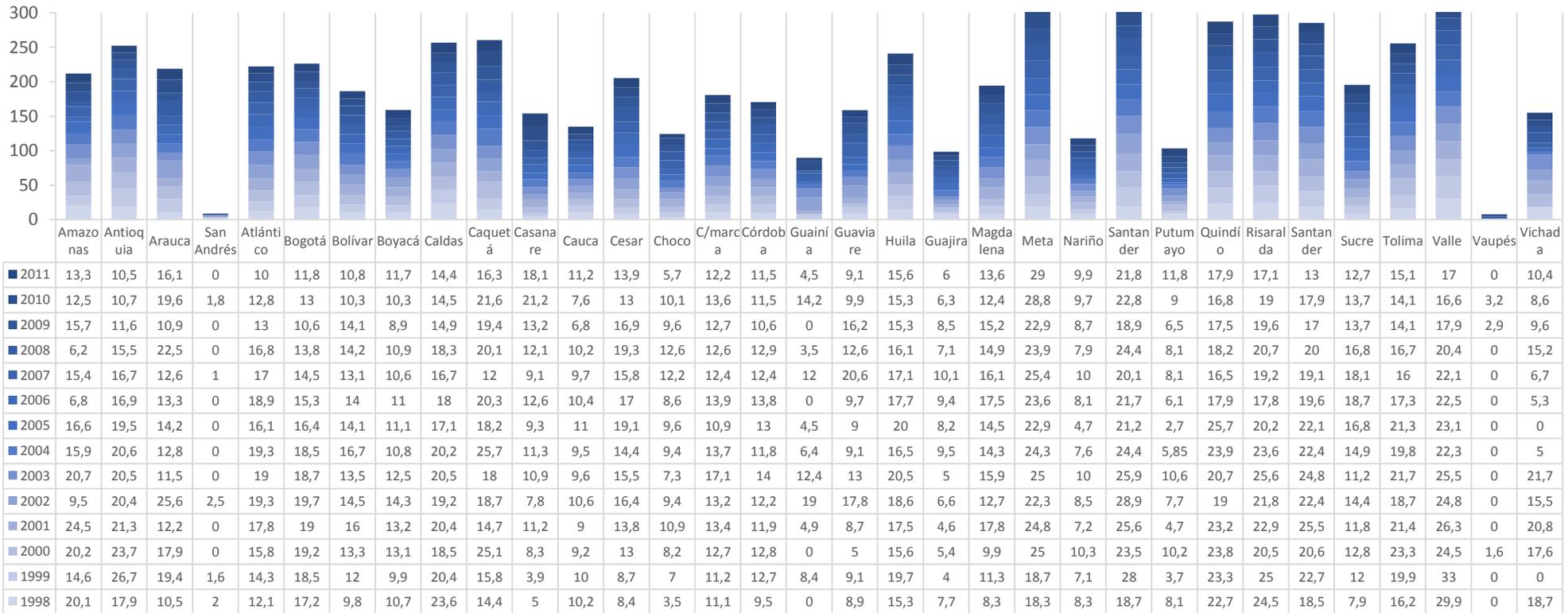


Figura 7 - Tasas ajustadas por edad de mortalidad por Diabetes Mellitus por departamentos, Colombia 1998 – 2011 - Fuente DANE Estadísticas Vitales

2.2 Reglamentación y normatividad vigente, como medios de protección del derecho a la salud, a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus en Latinoamérica.

Gracias a la información visibilizada anteriormente, se encuentran particularidades analizadas en su momento, sin embargo esto precede diversos tipos de disposiciones que desencadenan cuestionamientos desde diversos aspectos, dado que en particular, se hace evidente el aumento de casos de pacientes con diagnóstico de DM través de los años analizados en estas figuras; sin embargo, el cuestionamiento más evidente, es aquel que pretende el cumplimiento de los principios del derecho administrativo, en función de estos paciente, y por ello, el interrogante se desprende puntualmente de la existencia o no de leyes que regulen las particularidades de esta enfermedad.

Con lo anterior, no solo refiere la existencia de leyes, decretos o cualquier tipo de jurisprudencia al respecto, es aquella concomitancia desde las necesidades por que dichas cifras no continúen en un aumento, y porque las mismas, no solo aporten información estadística, de valores y cifras, es por el contrario, que este tipo de información revele y aporte información que evidencie la realidad de esta situación, es precisar y puntualizar, que ante la ausencia de leyes que produzcan benéficos notorios a esta población, estos continuaran siendo solo cifras y valores estadísticos.

Claramente, un notable exponente, que recoge la importancia de la efectividad de la fuerza de las leyes, en favor de los administrados fue Charles Louis de Secondat, señor de la Brède y barón de Montesquieu, tan solo Montesquieu, quien a través de su obra el Espíritu de las Leyes, presenta que esta fuerza requiere la separación de la misma, tanto así que no solo para su época logra establecerlo en los tres poderes que actualmente rigen los destinos administrativos de algunas naciones, y los que se logran definir como el legislativo, el ejecutivo y el judicial.

Es así como este autor, con algunos de sus planteamientos redirecciona el fundamento de las leyes y las constituciones de algunos estados, respecto de sus costumbres, religiones comercios y hasta factores geográficos, y en particular, este último factor, se convierte en una paradójica cuestión expuesta a través de la figura 7, pues al comparar la tasa de mortalidad de

personas por DM, entre los años 1998 al año 2011 particularmente las bajas cifras que se presentan en el Archipiélago de San Andrés y el Vaupés frente las muy altas cifras presentadas por ejemplo en los departamentos de Antioquia, Caldas, Caquetá, el Meta, Norte de Santander, el Quindío, Risaralda y el Valle.

Indiscutiblemente, los postulados presentados por Montesquieu, no buscan referir e incidir en las políticas y/o leyes que se deberían implementar en estos departamentos, estrictamente señala la importancia de la atención a los factores que construirían la esencia en sí de las leyes en pro del cumplimiento de sus propósitos y así como con lo propuesto en esta misma obra, buscar un equilibrio, en el cual cada uno de estos, controle a otro, y donde estos se controlen a sí mismos y entre sí (Montesquieu, Charles de Secondat, 1993).

Dada la importancia de las leyes un autor que necesariamente requiere ser referenciado respecto a la relevancia de las mismas es Friedrich Wilhelm Nietzsche por medio de los argumentos planteados en su obra “Más allá del bien y del mal”. De esta obra, referiremos dos de los planteamientos más significativos y aplicables al caso aquí estudiado, por cuanto Nietzsche proyecta la importancia en cuanto al significado de la tiranía, la cual no solo suele encontrarse en contra de la naturaleza, pues en principio se podría afirmar que las leyes habrían de encontrar en su propia naturaleza el bienestar en pro de los administrados, y sin embargo, este autor, plantea que el sometimiento ante leyes que llegan a ser arbitrarias, son la misma tiranía en sí, pues aun cuando las leyes en su momento fueran de modo escrito, cumplían la misma misión que las de modo hablado, pues estas dependían del desarrollo (Nietzsche, 1881).

El segundo de los planteamientos que refiere esta obra, es aquel que desde el punto de vista del poder, la tiranía no podría ser concebida como una simple metáfora que pueda suavizar al humano, así como tampoco refiere el dominio de éste sobre las leyes, por cuanto es lo más contradictorio a ello, pues su planteamiento es que a falta de estas leyes, el poder acarrea consecuencias, y estas conllevan a resultados, los cuales para el caso estudiado, se encuentra representado en las continuas luchas de los pacientes, no solo con DM, si no cualesquiera tipo de pacientes que para obtener diversos insumos y suministros para el control de su enfermedad,

recurren con frecuencia a mecanismos como la tutela, los cuales se desarrollaran en el siguiente numeral.

Con los anteriores postulados, es pues aceptable presentar al lector, algunas de las leyes vigentes referidas a los pacientes objetos de este estudio, y para a ello se presentaran breves bosquejos de estas en pro del bienestar de pacientes con diagnostico DM, para posteriormente presentar quizás la ley más completa encontrada, la cual, más allá de repetir, o tratar de resumir la idea principal de la misma, busca presentar un punto de partida, donde dada la particularidad de este caso, se puedan plantear a manera de las conclusiones finales, algunas particularidades que reconozcan y expongan las similitudes que logran cumplir eficazmente los principios del derecho administrativo.

Para ello, gracias a la Recopilación de Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas en América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares (en adelante recopilación de normas), presentado por la Organización Panamericana de la Salud, se logra evidenciar la importancia que este da a las normas jurídicas en pro del control de las denominadas enfermedades crónicas, y por medio de esta, se plasman también las obligaciones que tienen tanto las autoridades de cada nación y sus entidades prestadoras de los servicios de salud, para lo cual estudia el documento antedicho, el caso de “Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, el Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Uruguay, Republica Dominicana, México, Uruguay, Venezuela, (...) y evidentemente Colombia”. (Castiglione y Bolis, 2009).

El primer país que destaca ese documento es Argentina, para ello describe la Ley N° 23.753 del 6 de octubre de 1989, de la cual, se referirá consecutivamente se finalice el presente numeral, respecto de las disposiciones específicas de los países que se relacionaron anteriormente. Sin embargo, cabe anotar que este documento refiere también:

La Resolución N° 45 de 1994, la cual Constituye la Comisión Permanente Asesora de Diabetes, la que ha elaborado un proyecto de Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA, con intervención de las áreas técnicas dependientes de la Secretaría de Programas de Salud.

Respecto de la prevención, tratamiento acceso a la insulina y controles de azúcar refiere este mismo país la Resolución No. 644 del 8 de agosto de 2000. Salud Pública - Guía de Diagnóstico y Tratamiento en Diabetes - Aprobación - Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. (Publicado en: Boletín Oficial 22/08/2000), así como el Decreto No. 1.271 del 23 de octubre de 1998. Prevención de la diabetes - Reglamentación de la Ley No. 23.753. (Boletín Oficial: 02/11/1998) y la Resolución No. 542, de 26 de julio de 1999. Inclusión de la insulina y demás elementos necesarios para su aplicación entre los medicamentos que deben ser provistos en el marco del Programa Médico Obligatorio - Norma complementaria aclaratoria de la Resolución 247/96 (Ministerio de Salud y Acción Social). (Boletín Oficial 02/08/1999).

Continuando con el estudio del documento de la recopilación de normas se encuentra Bolivia, país en el cual el documento citado, no evidencia norma respecto del tratamiento y prevención de esta enfermedad, aun cuando lograron evidenciar la existencia de un proyecto de Ley, el cual busca la Prevención, Protección y Atención Integral de las Personas con Diabetes, por medio de este, se propuso la instauración de un Centro Nacional de Diabetología así como el establecimiento de sus funciones. Respecto de la prevención, tratamiento y acceso a la insulina, no evidencio el estudio normas referidas al acceso gratuito respecto del tratamiento de la diabetes.

El siguiente país en este estudio es Brasil, donde se encontró que si bien este país no contaba con norma específica respecto de la diabetes, si evidencio que su prevención, tratamiento y lo relativo a esta misma enfermedad, cuenta con una regulación federal y local, sin embargo, no referiremos ningún tipo de comentario a este respecto, ya que el documento original en el cual se basa esta información, se encuentra en el idioma original, y la interpretación que se pudiera dar al mismo, podría estar equivocada, generando malos entendidos y posibles confusiones, muestra de ello refiere las siguientes normas:

Distrito Federal, Lei Distrital 640, 10/12/1994. Dispões sobre a distribuição de medicamentos e tiras reagentes. Distrito Federal.

Lei Estadual No. 14.533 de 28/12/2002 .Institui política estadual de prevenção do diabetes e de assistência Integral Á saúde da pessoa portadora de doença no Estado de Minas Gerais.

Lei Municipal No. 2661 de 30/09/2002. Define diretriz para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do município de Foz do Iguaçu, no Estado do Paraná.

Lei Estadual No. 12565 de 26/04/2004. Define directriz para uma política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dão outras providencias no Estado de Pernambuco.

Lei Estadual No. 1751 de 26/11/1990. Dispõe sobre a obligatoriedad do poder publico instituir, como direito do cidadão, uma política de saúde preventiva do diabetes.

Lei Estadual No. 3436 de 03/07/2000. Dispões sobre a criação de campanhas permanentes de prevenção, controle ao diabetes pelo poder executivo em todo o Estado do Rio de Janeiro.

Ahora bien, respecto del acceso a la insulina y controles de azúcar, el mismo documento refiere las siguientes normas:

Lei No. 11.347 de 27 de Septiembre de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.

Portaria SCTIE No. 68 de 06 de noviembre de 2006. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento do Diabetes Insípido.

Portaria No. 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei No. 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

Portaria No. 3.324 de 27 de diciembre de 2006. Designar os seguintes membros para integrem o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Portaria No. 2.075, de 26 de octubre de 2005. Constituir, Grupo de Trabalho para condução das Diretrizes Nacionais para Prevenção, Diagnóstico Precoce, Tratamento e Reabilitação das lesões do “Pé Diabético” dentro da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Portaria No. 2.084, de 26 octubre de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências.

Portaria Conjunta No. 02 de 5 de marzo de 2002. Implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Portaria No. 371/GM, de 04 de marzo de 2002. Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Proveniente de Centro América, se encuentra en este listado Costa Rica, país del cual el estudio no logro evidenciar norma que refiriera el tratamiento y la prevención de la diabetes, sin embargo se evidencio las disposiciones así establecidas por la Comisión Nacional de Diabetes, donde por medio del Decreto Ejecutivo No. 15.245 del 20 de febrero de 1984 se crea esta misma comisión, y establece su adscripción al Ministerio de Salud, donde la misma comisión sería la encargada de “investigar, coordinar y proponer las políticas de tratamiento, prevención y rehabilitación de la Diabetes Mellitus a nivel Nacional” (Castiglione y Bolis, 2009).

Respecto del tratamiento, prevención y acceso a la insulina, Costa Rica plantea por medio del Ministerio de Salud. SEPAN. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 2006 -2010. 2006. Aprobado por DM-9.721, el cual estableció tanto los lineamientos de área, fortalecimiento de nutrición preventiva, erradicación de la desnutrición infantil, entre otras; sin embargo no se evidencio la puntualización frente a los temas aquí estudiados.

También proveniente de Centro América, se encuentra en este estudio Cuba, país del cual el mismo no evidencio norma jurídica que se aplicara directamente al tema estudiado, aun cuando por medio del Ministerio de Salud de Cuba, se desarrolla el Programa Nacional de

Atención al Diabético, el cual fue creado en 1990, y el cual integro los aspectos que se relacionan a las personas con diagnóstico de diabetes, y distingue tres niveles de atención, denominados primario, secundario y terciario.

Por medio de este programa, se buscó el acceso de cada persona garantizando la gratuidad de los servicios y el acercamiento de las comunidades. Ahora bien, respecto del tratamiento y acceso a la insulina se lograron establecer tres normas las cuales refieren:

Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983.

Ministerio de Salud, 1990. Programa Nacional de Atención al Diabético.
Documento rector para la atención de la diabetes en Cuba.

Programa cubano de atención integral a la gestante con diabetes mellitus.

Chile continua esta lista, mas no encontró el estudio normas específicas pero si Guías Clínicas, elaboradas por el Ministerio de Salud, incorporando a la diabetes “como uno de los problemas de salud y garantías explícitas en salud” (Castiglione y Bolis, 2009). En lo concerniente al tratamiento y acceso a la insulina este mismo documento encontró:

Decreto No. 44 publicado el 31 de enero de 2007. Apruébense las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley No. 19.966 que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

Ministerio de Salud. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 1. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. Material elaborado a fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N. 170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial el 28 Enero 2005.

Resolución Exenta No. 529 del 18 de mayo de 2006. Ministerio de Salud. Aprueba la Guía Clínica de Tratamiento de Urgencia en la Diabetes Mellitus de la Unidad de Emergencia referida del Adulto.

Ahora bien, Ecuador cuenta con una norma específica, dicha ley se reconoce como la Ley N. 2004-32 de Prevención, Protección y Atención Integral de las Personas que Padecen Diabetes, por medio de la cual, para ello el estado Ecuatoriano busca garantizar la protección, prevención el tratamiento y control a complicaciones de enfermedad (2009), lo anterior

contemplado desde su primer artículo. Esta misma ley se encarga de regular todos los temas respecto de la prevención y acceso a la insulina, a partir de los siguientes artículos 2, 4 al 19.

Los siguientes países de esta lista son El salvador, Guatemala, Haití, Honduras, de los cuales, si bien son referidos algunas de sus particularidades en el documento estudiado, las mismas naciones no establecen a la fecha de la elaboración del mismo, normas que se enfoquen directamente en las características que se pretenden abordar en este documento, motivo por el cual no se tendrán en cuenta, así como Nicaragua, Panamá, Uruguay, los cuales carecen de las mismas características. Particularmente en el caso de Republica Dominicana y Venezuela respectivamente, se encontró la existencia del Instituto Nacional de Endocrinología y Nutrición así como en Venezuela el Programa Endocrino-Metabólico, mas no se evidencio la norma que lo reglamentara y/o creara.

México posee norma oficial, la cual recibe el nombre de NOM-015-SSA2-1994, la cual presenta en su objeto el establecimiento de procedimientos, prevención, tratamientos para el control de la diabetes, presenta así mismo, la obligatoriedad de cumplimiento en la totalidad del territorio nacional en los establecimientos como para los profesionales de salud, tanto de los sectores públicos, social y privados. Respecto de la prevención, tratamiento y acceso a la insulina, esta misma ley presenta a partir de sus numerales 7, 8, 11 las generalidades del acceso los cuales incluyen particularmente el alivio a síntomas, la prevención de complicaciones mejorando la calidad de vida, y la reducción de las muertes por esta enfermedad.

Respecto de Paraguay, se logró reconocer la Ley No. 2.035 del 12 de marzo de 2002, dicha ley estableció la formación del Programa Nacional Contra la Diabetes. Así como el Registro Nacional de Diabetes el cual representa la asistencia sanitaria y a la prevención y diagnóstico temprano, por medio de sus primeros artículos, establece la responsabilidad del estado, por medio de sus organismos para que elaboren Programa Nacional de Diabetes (PND), se formule y ser lleve a la práctica lo dispuesto en el mismo programa, así como las indicaciones referidas a la coordinación, la cual sería ejercida por la Unidad Técnica del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Desde la prevención, tratamiento y acceso a la insulina, esta misma ley, a partir de su segundo capítulo, y desde sus artículos 5° y 6°, plantean la garantía que deberá ejercer el estado, tanto en los programas nacionales, institución, implementación, programas y garantía de reglamentación de la provisión de insulina y elementos necesarios para la administración para el autocontrol. En este mismo sentido, y por medio de la Ley No. 77 del 27 de noviembre de 1992, y del Decreto No. 13.318 del 5 de septiembre de 1996, se ordenó la exoneración “de tributos la importación y comercialización de la insulina, los elementos para el tratamiento de la diabetes y los medicamentos para el tratamiento del cáncer y de otras afecciones específicas”.

Se encontró, en el caso del Perú, una norma la cual recibe el nombre de Ley 28553 o Ley General de Protección a las Personas con Diabetes, la cual en una única hoja, presenta la finalidad de la misma, crea el Programa Nacional de Prevención y Atención de Pacientes con Diabetes definiendo su objeto, desarrollo y financiamiento, y crea también el Registro Nacional de Pacientes con Diabetes. Finalmente, esta ley dispone en su sexto y séptimo respectivamente, artículo que del impuesto general a las ventas, se deberá incorporar un literal p) del artículo segundo, indicando que entre el conceptos de los no gravados, serán exceptuados del gravamen de este impuesto así como de los derechos arancelarios aquellos medicamento y/o sus insumos para la fabricación interna, para enfermedades oncológicas, VIH/SIDA y la Diabetes.

Finalmente se presenta el caso de Colombia, el mismo por razones prácticas y de tipo comparativo se decide presentar al finalizar para que con fundamentos y con los anteriores modelos, por ello, se presentan a continuación los hallazgos encontrados en el documento de recopilación de normas donde puntualmente enfatiza en la falta de norma alguna que reglamente exclusivamente la prevención y el tratamiento de la diabetes, y refiere así mismo “un proyecto de ley de 2003 por el cual se establece la promoción, prevención y cuidado de la Diabetes Mellitus y el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social” (Castiglione y Bolis, 2009).

Puntualiza este documento, que con este último acuerdo, se buscó plantear la obligatoriedad que establecida en cabeza del ministerio, para que se desarrollara estudios que permitieran determinar procedimientos e intervenciones respecto de este tipo de enfermedades, y a su vez establece la obligatoriedad para que tanto las E.P.S. y las A.R.S fortalezcan los

programas para la detección temprana de enfermedades de interés en salud pública. De esta manera, establece este documento que respecto de la prevención, tratamiento, y acceso a la insulina, se encontró:

Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social. Establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución No. 3.744 de 2000 del Instituto de Seguros Sociales. Establece la Guía de Manejo del Paciente con Diabetes en el Instituto de Seguros Sociales (ISS).

Resolución No. 412 de 25 de febrero de 2000. Establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Resolución No. 4.003 del Ministerio de la Protección Social de 21 de octubre de 2008 publicada el 23 de octubre de 2008.

Acuerdo No. 395 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de 1 de octubre de 2008.

Decreto No. 1.938 de 5 de agosto de 1994. Reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.

Así pues, tanto la fuente a esta información no reposa aun en la página referida, motivo por el cual se hace imposible en este momento verificar concretamente la ley referida como ley de 2003, así como los alcances específicos, de la misma. De otra manera, sea esta la oportunidad que permita anotar que el documento del cual se ha toma esta información tiene cerca de diez años desde su publicación a la fecha actual, más dada la poca información recopilada o actualizada frente a este tema, en el siguiente capítulo se enfatizara, respecto de este caso colombiano, la actualidad lograda establecer por medio de este estudio.

2.3 Estudio de Ley Nacional de Diabetes N° 26.914 de 2013 de Argentina.

Ahora bien, aún con la reiteración de la realidad que concierne a la diabetes mellitus, y su constante reiteración a lo largo de este escrito, pero que, al respecto también permite afirmar que esta no solo se involucra la historia de cada nación, también de su desarrollo político y jurisprudencial, por ello como una respuesta, por medio de esta investigación se halló un desarrollo jurisprudencial respecto de esta materia, el cual será estudiado desde las bases del derecho Administrativo Colombiano, desarrollado en el primer capítulo del mismo, y que puntualmente se identificó respecto a la Resolución N° 1156/2014, expedida por el Ministerio de Salud de la República de Argentina.

Esta Resolución, inicia considerando la asignación de la función al Ministerio de Salud, tanto de coordinar y planificar de acciones que busquen asegurar a los pacientes diabéticos, tanto los medios terapéuticos, como respecto de su control evolutivo. Da continuidad a la incorporación que hace la Ley 26.914 el artículo 5°, el cual dispone la aplicación de las normas de Provisión de Medicamentos e insumos, los cuales deben ser revisados y actualizado por lo menos cada dos años.

Es así como con el decreto 1271/98, se señalaron las disposiciones respecto de las medidas necesarias para garantizar a pacientes diagnosticados con diabetes, “el aprovisionamiento de medicamentos y reactivos de diagnóstico para el auto control”, los cuales deben estimar indispensablemente para disfrutar de un tratamiento adecuado. Con la Resolución N° 301 del 16 de abril de 1999, se aprueba el Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA), el cual contiene las normas de provisión de medicamentos e insumos para estos pacientes.

Con la Resolución N° 2271 del 17 de abril de 2010, se pone en cabeza de la dirección de Programación de salud y control de enfermedades no transmisibles, cuya misión es la de coordinar aquellos programas dirigidos a la prevención y control de enfermedades no transmisibles, así como sus factores de riesgo. Asimismo, la dirección de Promoción de Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, ha elaborado una propuesta que modifica el Programa Nacional de Diabetes PRONADIA.

Que la dirección de promoción de la salud y centro de enfermedades no transmisibles, han elaborado una propuesta que modifica el Programa Nacional de Diabetes. Así mismo, se consideran las modificaciones que realizan la Ley Nacional N° 23.753, a partir de la Ley 26.914, respecto de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Trasmisibles, el cual será elaborado de manera conjunta entre la sociedad Argentina de Diabetes, la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo, el Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada, la Federación Argentina de Diabetes, y la Liga de Protección al Diabético, mediante una propuesta que actualice las normas de Provisión de Medicamentos e Insumos.

Con esto, la Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos y la Secretaria de Programas Sanitarios, presento, mediante la debida conformidad, y con la intervención de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, respecto de la competencia y en ejercicio de las facultades por la Ley de Ministerios, y presento la Ley Nacional N° 23.753/89 y el Decreto N° 1271/98, donde por medio de cortos artículos, el Ministro de Salud, ordena la disposición que se deberá establecer por medio de las áreas que fueran necesarias, para informar toda la problemática que se encuentra en torno a la enfermedad de la diabetes.

Se ordenó también desde s artículo primero, el seguimiento a dé y control de tipo estadístico que permitiera a las autoridades para “coordinar la planificación de acciones; (...) específicamente los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los paciente los medios terapéuticos y control evolutivo” (Minsal , 2018), buscando dar aplicabilidad a esta Ley 23.753, así como el Decreto Reglamentario de la misma, incluyendo también jurisdicciones, puntualmente refiriéndose al suministro del CIEN POR CIENTO (100%) de la demanda de insulina y demás elementos requeridos para su aplicación sin que esta cobertura bajase nunca del setenta por ciento (70%).

Ahora bien, para el 23 de julio de 2014, el Ministerio de Salud y Acción Social, mediante la Resolución N° 1156 de 2014, recopilo la Ley 23.753 y sus modificaciones, desde el “Decreto N°1271 del 23 de octubre de 1998, las Resolución de la ex - secretaria de salud N° 45 de enero 24 de 1994, las Resoluciones Ministeriales N° 301 de abril 16 de 1999, 2271 de diciembre 17 de

2010” (Msal, 2018), y donde por medio de la cual, se aprobó, entre otros, el Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes, también conocido como PRONADIA.

Desde sus primeros artículos, se indican la dirección, las normas, el modelo certificado para la acreditación de personas con DM del Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus, así como todo lo relacionado con funcionar tanto del ámbito de la Secretaria de Promoción y sus Programas Sanitarios, los cuales serán regidos bajo la dirección y promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. Puntualmente, con los artículos 3° y 4°, esta ley aprueba las Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos para Personas con Diabetes y el Modelo de Certificado para la acreditación de personas con diabetes.

El documento cierra la parte articulada, con el artículo 8°, el cual contiene “el Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. Juan Luis Manzur, Ministro de Salud” (Msal, 2018), e inicia una segunda parte, respecto de los anexos que trato la parte inicial de este documento. Con el Anexo N° I, comprendido por los literales A, B, C, D, F y G, lo cual comprende una primera parte introductoria, en la cual se relaciona las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), respecto del porcentaje de muertes que se corresponden con este tipo de enfermedades, motivo por el cual ha emprendido un proceso de transición epidemiológica.

Con esta parte introductoria, el texto presenta la información recolectada a través de dos Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR), realizados en Argentina en durante el periodo de 2005 y 2009, y los cuales, buscaron medir indicadores asociados a la diabetes y a la obesidad, en adultos mayores de 18 años, como mediciones de glucómetrias, auto reporte de diabetes o glucemia elevada y prevalencia de la obesidad. Con esta parte introductoria, se encuentran también diversos factores tales como algunas de las causas de la enfermedad, así como información referente al número de casos de muertes prematuras en la mayoría de países, brindando un número global de pacientes diabetes el cual se elevaría a los 171 millones de personas a 366 millones en el año 2030. Se plantean factores de riesgo, (FR), de las ECNT, evidenciando la necesidad de implementar estrategias en la Alimentación Saludable y la Vida Activa, el cual fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud.

Esta Resolución, continua con la justificación, y en ella se encuentra la con la evolución de los “determinantes y condiciones de la aparición de la obesidad y de la diabetes mellitus (DM) el cual pronostica un aumento en la incidencia y prevalencia de factores de riesgo”. Se plantea con esta justificación el asocio con el aumento de la enfermedad respecto de la utilización de recursos, por ende, la estrategia de costo más efectiva y sostenible y financiable, cambia de acuerdo a si la clase es de prevención o si es respecto de la corrección, pues los costos son completamente inverosímiles.

Posteriormente, se encuentra el literal de los antecedentes, el cual toma el marco del Ministerio de Salud de la Nación, mediante los cuales se han desarrollado programas y normativas enfocadas en con la prevención y control de las ECTN, y particularmente lo relacionado a la DM. Para ello toma programas como:

- El Programa Nacional de Diabetes (Pronadia), aprobado mediante Res. Ministerial 301/1999,
- El Programa Nacional de Control del Tabaco, creado por la Re. Ministerial 1124/2006, y su Comisión Nacional de Prevención y Control del tabaquismo, aprobada por la misma resolución.
- Ley N° 23.753, la cual divulga la problemática de la enfermedad diabética y sus complicaciones y su Decreto Reglamentario N° 1271/98.
- La creación de la Comisión Permanente de Asesoría de Diabetes, por Res. Ministerial N° 45/94 – Exsecretaria de Salud.
- La aprobación por Res. Ministerial de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, la cual asigno su ejecución a la Dirección de Promoción y Protección de la salud,
- El congreso Nacional sancionó la Ley 26.914/2013, la cual introduce modificaciones la Ley Nacional 23.752 de Diabetes Mellitus e incorpora los artículos 5, 6 y 7

Esta resolución, continúa su objetivo informativo, indicando a partir del literal D. Los principios orientadores del Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus el cual contiene 9 numerales, los cuales abarcan principios específicos como el de coordinación (desde

el Ministerio de Salud, y Consejo Federal de Salud), el principio de articulación, de estudios e investigaciones, políticos, formativos, comunicativos y evaluativos de este programa.

En el literal E, se encuentra el propósito, descrito como una búsqueda por “mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas” (Msal, 2018), y los objetivos para cumplir con ello, encontrados en el literal F. a partir del literal G, se ubican las actividades mediante 5 y puntuales objetivos, de los cuales, para buscar su cumplimiento, se plantean estrategias individuales a cada uno de ellos, así como actividades que aporten en el su logro y respectivo desarrollo. Esta resolución finaliza así pues, con el literal H, de la Bibliografía.

Es así, como se encuentra que, en este caso particular, de este país Suramericano, Argentina, ante el encuentro de signos de alarma frente a la enfermedad DM, la misma requería una real y evidente implementación de estrategias no solo de protección para aquellos pacientes que padecen la misma, es también la búsqueda por estrategias no solo de tipo político, pues estas se evidenciarían en el propósito de abastecimiento del país de los elementos para estos pacientes, es una búsqueda por la prestación de estrategias que logren “*mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas*”.

Es quizás esta, una de las leyes que se encuentran al nivel Suramericano más completa, dado que en la misma se compilan como se mencionó anteriormente, no solo las definiciones más básicas que buscan identificar y reconocer características comunes, basadas en encuestas de riesgo de este país, cabe también desatacar, como el uso de los antecedentes del programa, fueron el soporte que permitido el análisis del influjo respecto de aquellos objetivos que cumplan con los propósitos de esta ley, y más aún las estrategias plantadas para los mismos. Por ello, en un especial lapso de tiempo, toda esta labor administrativa, falla, y desencadena las acciones que los individuos presentan, en la búsqueda desesperada de la protección de sus derechos fundamentales, más esenciales, como lo es su salud.

CAPITULO TERCERO

3. PRESENTACIÓN DE TEORÍAS FRENTE A LA JURISPRUDENCIA Y CONCLUSIONES

3.1 Aplicabilidad del principio de eficacia del derecho administrativo, en relación al análisis jurisprudencial.

En esta sección, se analizarán lacónicamente 10 sentencias, relacionadas con pacientes donde poseen algún tipo de diagnosticado relacionado con Diabetes Mellitus (DM), y aun cuando presentan algunas características similares, las mismas las cuales han recibido tratamientos disímiles. La organización para la presentación de estas sentencias no radica en el sentido de sus fallos, su distribución yace en la fecha de su expedición, y cada una expondrá sucintamente sus características y exposición del fallo emitido por la respectiva sala.

Ahora bien, en el primer capítulo de este escrito se estudió la sentencia T – 641 de 2003, por medio de la cual una madre solicita para su hijo quien se encuentra diagnosticado con DM tipo 1, le sean suministrados los insumos necesarios para el tratamiento continuo de esta enfermedad. Esta sentencia se decidió en favor de la parte actora, donde se le ordeno a la institución prestadora del servicio de salud, autorizar al paciente los insumos requeridos para la continuidad del tratamiento médico, ya que durante el estudio que se hizo al presente caso, se reiteró jurisprudencialmente, que la supremacía Constitucional “sobre las demás fuentes formales del derecho, ha inaplicado la reglamentación que excluye el tratamiento o medicamento requerido, para ordenar que sea suministrado y evitar, de ese modo, que una reglamentación legal o administrativa impida el goce efectivo de garantías constitucionales” señala esta misma sentencia.

La anterior, será tomada como la sentencia hito de este estudio, dado que por medio de esta, se logran percibir en sus argumentos cuyo propósito visibiliza aseverar la efectividad del principio de eficacia del derecho administrativo, tanto así que esta sentencia tomó algunos precedentes y argumentos de otras sentencias como lo es el caso de la Sentencia T – 424 de

2003, donde gracias a ello, afirmo que “la falta del medicamento o tratamiento amenace o vulnere derechos fundamentales a la vida, la integridad personal”, y es que donde particularmente, se evidencia que el espíritu de legislador es la protección evidente a este tipo de derechos fundamentales.

La siguiente sentencia que se pretende analizar es identificada mediante la sala de Casación Penal N° 70167, con fecha 7 de noviembre de 2013, por medio de la cual la accionante busca el reconocimiento de los derechos constitucionales así como fundamentales tales como el de la vida, salud (sic) de su hijo quien padece DM tipo 1, y quien además con 34 años de edad, se encuentra pensionado dada una incapacidad mental del 85%, y aun cuando ha sido atendido por la EPS Sanidad Militar, la misma no suministra completamente medicamentos ni procedimientos requeridos para su control y aun cuando el fallo de primera instancia tuteló y ordenó el suministro de insumos ordenados por el médico tratante, este fallo fue impugnado.

El estudio que para este caso la sala dio, se fundamenta en la reiteración que ha dado la Corte Constitucional, respecto del derecho a la salud, el cual debe necesariamente incluir tanto el acceso a los servicios requeridos, los cuales se consideren indispensables para la conservación del buen estado orgánico, los cuales pueden comprometer la vida y la integridad personal, y relaciona igualmente los señalamientos jurisprudenciales, mediante los cuales el juez de tutela debe observar en materia de suministro de medicamento, procedimientos e intervenciones excluidas del POS, la imprescindibilidad en la preservación de la salud, aplicando lo así dispuesto directamente por la Constitución, ordenando los suministros prácticos, lo anterior en referencia a la sentencia T- 760 de julio 31 de 2008. Nuevamente se evidencia principalmente la supremacía constitucional y su importancia para el ordenamiento jurídico nacional, así como la disposición de la norma en favor de la integridad personal.

Contradictoriamente a la anterior, la siguiente sentencia, identificada como la T – 959 del 7 de octubre de 2004, niega el amparo constitucional a la madre de una menor de tres años quien padece diabetes tipo uno, por cuanto la sala considero que los ingresos del padre de la menor y los bienes materiales del mismo, revelan que respecto de los costos de los insumos para su menor hija, únicamente representan cerca del 10% sobre los ingresos de la pareja, motivo por el cual,

este gasto “les obliga a hacer un esfuerzo (...) pero que en todo caso, no los está llevando a una situación que imposibilite su subsistencia digna, indica la misma sentencia. Al respecto, únicamente referiremos nuestra óptica frente a la particularidad de este caso en las conclusiones, sin embargo, momentáneamente se podría observar que el sentido de este fallo, contraria los argumentos anteriormente expuestos.

En el caso de la siguiente sentencia, N° 1198 del 23 de noviembre de 2005, se encuentra que la accionante es diagnosticada con DM tipo uno, donde para su control, la accionante ha asumido los costos de los mismos, ya que su EPS, manifestó que estos se encontraban fuera del POS, motivo por el cual no podrían serle suministrados, situación que fue reiterada por la EPS, donde además indican que “estos no son necesarios o esenciales para adelantar el tratamiento de los pacientes que sufre diabetes”. Por las anteriores consideraciones, la primera instancia niega el amparo solicitado, además indica que la accionante tiene la capacidad económica para sufragar el costo de estos insumos.

Las consideraciones de la corte respecto de esta sentencia, evidencian tanto la supremacía constitucional, como la protección de los derechos fundamentales de las personas, sin embargo y frente a la inaplicación de normas legales, la corte reitera que la protección ante las mismas, se presentan ante condiciones tales como la inexistencia de sustitución de un medicamento encontrado en el POS, la imposibilidad para el paciente para sufragar los costos de los medicamentos entre otros. El análisis que hace la sala refiere sentencias aquí estudiadas como la T – 424 de 2003, y la T – 641 del mismo año, reiterando la conclusión que disponen las mismas en cuanto que el “examen diario de glucómetros que requiere la paciente es necesario para preservar su salud, brindarle condiciones de vida dignas y ayudarle al control efectivo de su enfermedad”, según lo planteado en esta misma sentencia. Sin embargo la sala confirma la decisión de la primera instancia, negando el amparo constitucional a la parte actora, por cuanto si bien se demostró que su salario era de \$875.900 pesos mensuales, y los suministros correspondían a cerca de los \$90.000 pesos mensuales, es un costo que no compromete la posibilidad de que la accionante subsista dignamente, según proponen el mismo fallo.

La siguiente sentencia es expedida por la sala de casación penal, y se identifica con el N° 59846 del 19 de abril de 2012, por medio de la cual la parte actora representa a su hijo menor de 2 de años de edad y quien se encuentra diagnosticado con DM tipo 1, razón por la cual requiere los suministros propios de esta condición, las cuales les fueron negadas por la EPS, a la cual el menor se encuentra afiliado como beneficiario. Esta última indica que el suministro de dichos implementos no se encuentran autorizados para la entrega, por cuanto estos tiene una destinación al autocontrol, y los mismos no benefician la salud o rehabilitación del paciente.

La primera instancia concede el amparo constitucional solicitado, dado que reconoció el fundamento especial de protección que tienen los niños en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, y que negar la entrega de “los insumos prescritos por el médico del menos, impiden en el mismo el goce efectivo de las garantías fundamentales” indica esta sentencia, motivo por el cual, ordena a la EPS, entregue los insumos prescritos por el médico del menor. La sala de la Corte Constitucional que revisa este fallo, y confirma la anterior decisión, indicando a su vez, y contrariamente a los dos casos anteriores indico que a falta de prueba de la falta de capacidad económica, y dado que la misma debía demostrarse lo contrario, y esto no se produjo, del mismo se presumió la veracidad, y esta fue una causal que es disímil a las que anteriormente se han presentado a través de este estudio.

Con la Sentencia T – 85807 del 2 de junio de 2016, se encuentra que la parte actora, busca proteger los derechos fundamentales de su menor hija, la cual padece DM tipo, y quien ante una urgencia la entidad demandada suspende la prestación de los servicios de salud, dado que la menor figuraba “inactiva” en el sistema. El actor adujo que esta circunstancia se presentaba por que se encontraba en espera del trámite pensional del progenitor de la menor. En la primera instancia se accedió a la solicitud del amparo, por cuanto se estimó que independientemente a los trámites en que se encuentren los padres, la menor no puede perder la calidad de sujeto de especial protección, y asevera que esta es una situación de mayor protección cuando la propia enfermedad, pone en riesgo la vida de la misma.

La sala confirma el anterior fallo, el cual fue impugnado por ala parte demandada, ratificando la importancia y la reiteración Constitucional, respecto de los derechos fundamentales

domo el de la salud de los niños, así como la autonomía que tienen estos por sí carácter prevalente, gracias a lo así dispuesto por el artículo 44 de la norma superior colombiana. Así mismo la sala estimo y manifestó en esta sentencia que, la suspensión del servicio de salud al menor por un asunto meramente administrativo, constituye un acto arbitrario que atenta con la integridad de la persona y no se puede dejar a la suerte la atención integral. Este último argumento en particular, esboza la importancia respecto de los procedimientos en favor de la salud, por encima de los procedimientos de tipo administrativo, y ello es prueba reina del principio de eficacia del derecho administrativo.

La siguiente es la Sentencia T – 70099 del 30 de noviembre de 2016, mediante la cual la accionante busca la protección de los derechos fundamentales de su menor hijo el cual padece DM tipo 1, dado que su EPS ha desconocido las órdenes del médico tratante para su tratamiento, las cuales incluyen insumos, laboratorios, y valoración por parte de especialistas, las cuales alega la entidad demandada que se encuentran fuera del POS, y los mismos requieren trámite ante el Comité Técnico Científico. Lo anterior recibió el amparo respecto de los derechos fundamentales a la vida y la salud del menor, sin embargo, esta decisión fue impugnada por la entidad demandada. Por ello la sala de la corte, estima inicialmente lo referido a la procedencia de la tutela, y seguidamente refiere similares exposiciones referentes al artículo 44 de la Constitución Política planteado en la sentencia anteriormente estudiada, y agrega a ello que el derecho a la salud de los niños debe prevalecer sobre los demás derechos, y manifiesta la inviabilidad de ordenar las autorizaciones a medicamentos y suministros que no están cubiertos por el POS, refiriendo que ante la imposibilidad del suministro de estos se autorice efectuar el recobro al Fosyga.

A continuación se presenta la Sentencia T – 7600 del 25 de septiembre de 2017, refiere el caso de un sujeto el cual se encuentra diagnosticado con DM tipo 1, laboro en la Policía Nacional por 18 años, y fue retirado del servicio, motivo por el cual debía practicarse los exámenes de retiro, los cuales no han podido ser realizados por circunstancias administrativas, adicional a ello, manifiesta encontrarse en una investigación penal, encontrándose bajo medida de aseguramiento y por ello actualmente se encuentra inhabilitado para trabajar así como afiliarse a una EPS, y por ello no cuenta con los servicios médicos que requieren el control de su

enfermedad. Por los anteriores motivos el accionante solicita se ordene a las entidades demandadas se le presten los servicios de salud en relación a sus derechos fundamentales. Lo anterior recibió el amparo rogado, el cual fue impugnado.

La sala considero que ante este caso, el derecho a la salud pasaba de ser un derecho prestacional a la posibilidad de ampararse como derecho fundamental, lo cual significa que el mismo ni requiere la conexidad con oreo derecho de rango fundamental que exige la acción de tutela, para lo cual, la corporación argumento que la prestación del servicio de salud debe brindarse sin ningún tipo de dilación a los miembros retirados de las Fuerzas Armadas y/o de Policía. Señala esta misma corporación respecto de los exámenes que se le realizan a quienes prestan el servicio militar, dado que si estos contaran con padecimientos de salud, y los mismos se adquirieron o se agravaron en el cumplimiento de sus funciones, la Dirección de Sanidad debe prestar con normalidad los tratamientos médicos que se hayan iniciado. Es así como esta sala confirma la sentencia de prenotadas.

Con la Sentencia T - 97784 del 12 de abril de 2018, donde esta persona padece DM tipo 1, y supera las pruebas del concurso de méritos, para el cargo de Asistente de Fiscal, sin embargo, antes de su posesión es encargada como Fiscal del municipio de S.A. - Magdalena, lo cual la obligaría a trasladarse de este municipio a la ciudad de Santa Martha, ya que en este último recibe su tratamiento para su enfermedad. En primera instancia se niega el amparo solicitado por la accionante ya que inicialmente estos hechos se consideran competencia de un Juez Laboral, así como que conforme a los requisitos exigidos por la Corte Constitucional para el revocamiento de una orden de traslado, el mecanismo usado por la actora no es ello idóneo.

La sala considero inicialmente que la procedencia de respecto de los requisitos de procedibilidad de la demanda, y seguidamente expone las características del ius variandi, así como su sustento jurídico en sentencias tales como la T – 797 / 2005 y la T – 048 de 2013. La sala continua y anuncia que el sentido de caso contrato será el de confirmar el fallo impugnado. Referente al tema que se precisa estudiar en este escrito, la sala pasa desapercibida la manifestación de la parte actora frente a su condición y/o enfermedad, pues sus pronunciamientos refieren las características y cualidades del nombramiento, traslado y de la particularidad del tipo de acto administrativo, ya que se establece que el mismo es de carácter

particulares y la tutela atendería los de carácter general, por ello establece que esta no incorrecta la idoneidad respecto de este proceso, así mismo establece características propias de fuero sindical y la inexistencia de probatoria de la causación de un perjuicio irremediable a sus derechos fundamentales.

Finalmente, mediante la sentencia N° t – 101065 del 8 de noviembre de 2018, se encuentra que la parte actora padece DM insulino dependiente, así como otras condiciones que deterioran su estado de salud; la parte actora manifiesta así mismo que su solicitud para el reconociendo de su pensión de vejez la cual le fue negada, motivo por el cual la accionante solicita la protección de sus derechos fundamentales al Mínimo Vital, n relación al derecho a la vida y la seguridad social. Es así como la primera instancia niega la solicitud, argumentado que la accionante incumple loa subsidiariedad de la acción de tutela, la cual pretendía la revocación de la sentencia qlue negó el reconocimiento de su pensión de invalidez. Se rechazó seguidamente la razón a un nuevo trámite judicial dado la prórroga y dilación en el tiempo para el acceso a la pensión solicitada.

Con los anteriores argumentos, la sala confirma el fallo de primera instancia, ya que al accionante no brindó la suficiente contundencia que buscara modificar o destruir el mismo, y reconoce que los argumentos presentados en la primera instancia, por medio de los cuales no se evidenciaron los trámites relacionados con los recursos ordinarios y extraordinario, y agrega que estos recursos están encaminados al cuestionamiento de las decisiones que pudieran resultar lesivas a los intereses de las partes, donde las mismas se requieren haberse usado antes de acudir a la acción de tutela, evidenciando con este fallo que más allá, de la persecución del reconocimiento de determinados derechos, estos no pueden eludir los procesos para ello dictaminados por el legislador, pues indiscutiblemente esto contraria no solo los principios del derecho administrativo, una situación distinta, seria completamente contraria al propio artículo 29 de la Constitución Política de Colombia.

3.2 Contexto de la efectividad en la implementación jurídica de los casos Latinoamericanos estudiados, frente al caso Colombiano.

Las cifras y figuras presentados en el numeral 2.1 de este capítulo, representan la gravedad de esta enfermedad para quienes la padecen, aun cuando “el tratamiento de la diabetes ha cambiado radicalmente en los últimos años gracias al desarrollo de nuevos medicamentos y a la posibilidad de combinar (...) para alcanzar las metas de control propuestas”, es un planteamiento claro respecto de las diversas alternativas clínicas para los pacientes con DM, las cuales buscan necesariamente mejorar las metas clínicas de estos pacientes.

Sin embargo, el mejoramiento de dichas metas requiere un compromiso no solo por parte del paciente, el evidentemente requiere de un efectivo sentido de voluntad, donde una de las piezas de mayor consideración son los controles, ya que estos deben redundar en el cumplimiento de las indicaciones de los tratamientos, los cuales podrían reducir los graves casos de las complicaciones propias de esta enfermedad. Sin embargo, lo anterior también requiere de un compromiso por parte de las entidades que proveen insumos y tratamientos para esta enfermedad, aun cuando, con frecuencia acontecen con algún tipo de circunstancias que impiden la efectividad en el cumplimiento de estas últimas.

Contrario a lo encontrado en el numeral inmediatamente anterior a este escrito, Colombia actualmente no cuenta con algún tipo de leyes enfocadas exclusivamente a la DM, aun cuando se encontró el proyecto de Ley 172 de 2004, del Senado de la Republica (Vlex, 2018), la cual fue elaborada por Álvaro Araujo Castro (Alas Equipo Colombia) y presentadas por los Magistrados Ponentes Eduardo Augusto Benítez Maldonado (Partido de la U - Partido Social de Unidad Nacional) y Flor Modesta Gnecco Arregoces (Coalición) la cual fue publicada el día 10 de mayo de 2004, se efectuó la ponencia del primer debate el día 27 de mayo del mismo año, conforme reposa en la Gaceta 232/04 (Gacetas del Congreso de la Republica, 2018) y dado que la misma no fue aprobada, no paso del primer debate y fue Archivado por Tránsito de Legislatura el día 20 de junio del mismo año.

Este proyecto de Ley, recibió tanto críticas como reproches, y por supuesto voces de aliento para que esta se convirtiera en una ley que favoreciera a esta población, sin embargo, entre las voces de rechazo, se encontró en general con la crítica a una ley que únicamente tuviese un enfoque directo, dejando o abandonado otras graves enfermedades como la hipertensión, el cáncer y hasta el sida. No obstante, el clamor generalizado del pueblo colombiano, se dirige a una reforma a la actual Ley 100 de 1993, la cual se refirió en el primer capítulo de este escrito, y la cual únicamente ha sido complementada con algunas otras leyes, entre las que se puede destacar la Ley 1751 de 2015, también conocida como la Ley Estatutaria de Salud, la cual tiene por objeto “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Minsalud, 2018).

Así pues, se podría afirmar, que la legislación colombiana ha buscado desarrollar métodos para que la protección del derecho Constitucional de la salud, se desarrollen de la mano de los principios y leyes establecidas para ello, y muestra de ello, se encuentran en las leyes que han sido establecidas con estos fines. Sin embargo, la realidad colombiana evidencia que no siempre, o en todos los casos se cumplen con estos fines, y muestra de ello, son las acciones que deben entablar aquellos que padecen esta enfermedad, o dado el caso, sus familiares más cercanos.

Elena Cárdenas Ramírez, expone que si bien el “derecho a la salud fue consagrado en la Constitución Política de 1991 como un derecho económico, social y cultural, es decir, un derecho de segunda generación, que posteriormente ha sido reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental”(Ramírez, 2013), aún subsisten diferencias entre la interpretaciones y planteamientos de este ente, y la realidad y la particularidad de cada caso.

Es así como se da esta transformación, gracias a la Sentencia T-533 del 23 de septiembre de 1992, mediante la cual, se indicó que dado el carácter social del Estado, este último debiera representar una continua y eficiente prestación de servicios públicos, y esto necesariamente se ha de aplicar en los servicios de salud, ya que los mismos no admitirían, una interrupción de la prestación de los mismos, ya que necesariamente, estos convergen en una necesidad vital para

los individuos, que han de ser protegidos, conforme a los presupuestos Constitucionales y particulares.

En este orden, se encuentra que “la acción de tutela se ha convertido en la más importante institución procesal de rango constitucional en la historia colombiana; (...) revolución judicial que ha traído aparejada el avance dogmático (...) materializar la eficacia de los derechos constitucionales” (Carrera Silva, 2011), dado que los individuos perciben en esta, una posibilidad de defensa a derechos que requieren una protección expedita, en palabras de Carrera Silva, Liliana, es este el medio de defensa más cercano a los ciudadanos. Generalmente, los individuos que requieren la presentación de una acción de tutela, recurren a las personerías y defensorías del pueblo, mediante las cuales, proporcionan algún tipo de orientación.

Con la acción de tutela, se busca que por medio de la orden de un juez en favor del solicitante, se reciba la protección para que, conforme al tipo de caso, se actué o se abstenga de hacerlo, cuando el solicitante no cuente con otro medio de defensa judicial, o que se busque evitar un perjuicio o daño irreparable, y conforme a lo sostenido por la Corte Constitucional, este es un mecanismo en pro de la defensa de derechos fundamentales, que pudieran ser afectados por una autoridad pública, y excepcionalmente contra personas de derecho privado, según lo planteado por Liliana Carrera Silva (2011).

Dada la necesidad, en la continuidad de la prestación de los servicios de salud para los individuos, y particularmente, en los referidos a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, sus tratamientos e insumos requieren de dicha continuidad, y cuando la misma, por diversos factores, se encuentra amenazada, se recurre pues, al mecanismo comúnmente más empleado para la protección de este tipo de derechos. Lo anterior, yace en la permisividad para ello dispuesta a partir de la Constitución de 1991, ya que le fueron asignados “como principios la universalidad, la solidaridad y la eficacia, derechos elevados a la categoría de servicios público de carácter obligatorio, y su prestación bajo la dirección, coordinación y control del estado”(Vélez, 2005).

Es así como, se refieren estadísticas respecto de aquellas tutelas instauradas, encontrándose 2.375 para el año 2000, según afirma Alba Lucía Vélez, de los cuales apenas el 17.6% llegaron a la Corte Constitucional para revisión, y estas mismas referían tutelas a casos de salud. Indica la misma autora, que “en 1993 se presentaron un total de 20.181 tutelas, especialmente presentadas por aspirantes a la jubilación de la Caja Nacional de Previsión. (...) para 1994 se presentaron 26.715 tutelas (...) y en 1995 29.950” (Vélez, 2005). Lo anterior, denota, que el uso de este mecanismo, por parte de los ciudadanos ha venido aumentando, no obstante las modificaciones y adiciones que la ley ha venido presentando.

Ahora bien, teniendo la claridad del mecanismo usualmente más empleado por los individuos, para la defensa y protección de sus derechos fundamentales, se encuentra también que la otra cara de la moneda se podría estar representada por el costo de estas acciones de tutela frente al derecho fundamental a la salud, particularmente entre el periodo comprendido entre los años 1992 y 2016. Para ello, Alejandro Arango Castrillón, en sus palabras indica que en Colombia se interponen cerca de 70 acciones de tutela diariamente, y de estas, 17 refieren temas relacionados con la protección del derecho a la salud.

Es evidente que el debido proceso, consagrado en el artículo 29 de la carta magna Colombiana, establece el respeto y cumplimiento de cada acción de la jurisdicción interna, y aun cuando una acción de tutela puede pasar por diversas instancias desde su presentación, reparto y juzgado, para efectos del estudio elaborado por Alejandro Arango (2018), solo se empleó la información referente a la primera instancia judicial, lo cual le llevaría a explorar cálculos a nivel Nacional.

Este autor, presenta en su trabajo “Costos de las Tutelas en Salud en Colombia 1992 a 2016”, el promedio del valor del desarrollo jurídico de la resolución de una tutela en la primera instancia, a precios de 2016 sea cercano a los \$739.369 y en una segunda el valor aproximado sea cercano a los \$1.331.236. El estudio que presenta este autor, refiere que dado que en Colombia, en el año 2016 se presentaron 617.000 acciones, las mismas equivalieron a más de 456 mil millones de pesos (\$456.190.624.899).

Con lo anterior, se pretende presentar que desde una generalidad desde el punto de vista económico de estas acciones, la particularidad de sus objetivos principales se encontraban encaminadas a la obtención de una protección a sus derechos y que la misma, desde el punto de vista político, permitieran visibilizar la posibilidad de encontrar si, el Estado mediante su continua búsqueda por lograr el cumplimiento de sus principios y postulados Constitucionales, ha llegado a desarrollar leyes y normatividades, que evidentemente buscaran redundar en ese bienestar, que persiguen los ciudadanos, con la presentación de una tutela en favor de su derecho a la salud.

3.3 Conclusiones

Este trabajo presento en cada uno de sus capítulos, definiciones y conceptos los cuales buscaron permitir que el lector accediera al máximo número de temas planteados mediante una comprensión de los mismos, por ende, presentar una serie de conclusiones que no generen ningún aporte, dejarían sin apoyo y sin un fundamento real, el fin fundamental de esta investigación; luego con este fin, estas conclusiones se presentarían desde un primer planteamiento que buscara abordar los temas sin concluir y seguidamente una propuesta representativa a los conceptos aquí estudiados.

Es así como, desde el primer capítulo se presentaron tanto principios como elementos del derecho, y particularmente del derecho administrativo, con mayor relevancia, sobre aquellos que brindarían posteriormente ingredientes en pro del análisis del contenido macro, gracias a estos, visualizar tanto el análisis jurisprudencial, como el contexto global de normativa de Latinoamericana. Es así como, gracias a la presente investigación se evidenciaron características particulares de dicha jurisprudencia, mediante la cual y tal y como se expone en el numeral inmediatamente anterior, los costos generados a raíz del proceso que se le da en la atención a las tutelas, posiblemente se reducirían a través de políticas que regulen y normalicen el desgaste judicial allí presentado.

Esta jurisprudencia, logro demostrar que las disimilitudes que se encuentran en este tipo de fallos del máximo órgano de justicia colombiana, donde la Corte Constitucional, en estas decisiones apostaron en su gran mayoría a velar por el cumplimiento verídico de los principios y postulados constitucionales, aun cuando algunos de ellos evidentemente denotaron una sensación sorpresiva en decisiones puntualmente relacionadas a la capacidad económica que traslúcidamente devela un sin sabor, donde la clase trabajadora, no obstante los aportes propios de ley, debían asumir costos, que afortunadamente en la actualidad son asumidos por las EPS.

Ahora bien con respecto a la segunda noción, respecto de la normatividad Latinoamericana, se logró puntualizar que países como Brasil, Colombia y Argentina, poseen los más alarmantes datos de tasas respecto de los conceptos allí encontrados, donde las mayores

cifras respecto de los mismos países del listado Latinoamericanos, se destaca, tal y como se planteó en el numeral 2.3 de esta investigación, que particularmente en el caso Argentino, la Ley N° 26.914, permite y propende por el mejoramiento en la calidad de vida de sus ciudadanos, y sin embargo, evidencia estas altas cifras, aclarando que la misma ley comenzaría a regir en 2013, y evidentemente se requeriría un estudio que profundamente indagara respecto de la actualización de esta información, y comparase con el presente escrito, análisis evolutivos de estos temas.

En este mismo orden de ideas, se encuentra que contradictoriamente a lo anteriormente expuesto, países como Paraguay y Uruguay (entre otros), se evidencian las más bajas cifras en las estadísticas, y para ello, se podrían plantear dos hipótesis generales, donde la primera referiría que estos países no cuentan con los medios idóneos para la recolección de esta información, y a su vez aportar datos verídicos respecto de la DM, sus tasas y factores más relevantes; una segunda hipótesis arriesgadamente hablando, y basados únicamente en asociaciones del tipo deductivas, permitiría un planteamiento referido a su cultura y costumbres, y por qué no a factores ambientales y alimenticios, los cuales fácilmente son comparables con la información por departamentos colombianos, puntualmente hablando de los casos como San Andrés y Vaupés.

Lo anterior, necesariamente lleva a analizar la normatividad puntual de estos países, lo que permitiría en lo referido al caso Colombiano, hallar las mejores apuestas normativamente hablando, que brindan países como el ya nombrado caso Argentino, el caso de Brasil, el caso Chileno, y especialmente el caso Peruano, dado que estos países cuentan con una real normatividad, lo cual no obstante, requerirían estas de estudios particulares, que requerirían el análisis real de factores como los sociales, históricos, políticos geográficos entre otros, los cuales mostrarían oportunamente las causales que de ellas derivan.

Bajo esta misma óptica comparativa, las figuras presentadas del caso colombiano, evidencian claramente el aumento de las tasas de acuerdo a factores como el de la edad, lo cual en lo referido a esta referencia se planteó en su debido momento, no obstante el mismo se tratara buscando alzar una voz que permita manifestar las alarmantes cifras que han sido encontradas,

de las cuales más allá del tipo de sexo, estas engruesan las listas con cifras mortales de los estragos producto de esta enfermedad.

Sin embargo, como un medio para cumplir los tan anhelados principios del estado, sería un factor determinante el análisis de las figuras, como la N° 7, dado que la misma presenta cifras posiblemente acertadas o tal vez un poco distintas a la realidad, ya que si en este país, esta problemática convalida cifras tan distintas, como las de los casos anteriormente referidos, así como el análisis de los factores extremos, que propenden las bajas cifras de las mismas.

Ahora bien, si evidentemente los países que se han destacado en este documento, por ser países con normatividades específicamente orientadas a mejorar los niveles de las tasas de mortalidad, plantea nuevos interrogantes, entre los que se cuestionaría el por qué Colombia no cuenta a la fecha con mas que proyectos de ley que no han logrado surgir a la vida jurídica, que busquen garantizar a quienes padecen esta condición, la garantía del cumplimiento de los postulados Constitucionales y sus principios? Preguntas que más allá de recibir una respuesta, procurarían el mejoramiento en la calidad de vida de estos individuos.

Para ello, crear una ley, o una resolución no bastaría se la misma no fuese un complemento a una ley superior, como lo es la misma Ley 100 de 1993 o similar a la Ley, donde la misma no debería generar divisiones respecto de sus planteamientos y/o beneficios políticos, ya que la misma deberá perseguir el tan anhelado cumplimiento de los grandes postulados y principios aquí referidos.

Con esta ley o resolución, se deberán incluir salvamentos respecto de temas económicos, ya que como se logró demostrar en algunos de los casos de la jurisprudencia estudiada, para algunos individuos la necesidad de insumos, les obligara a tenerlo que comprar, y para garantizar este tipo de acceso a estas personas, se deberá propender por que las mismas se encuentre a su alcance económico, como lo logo hacer Perú, al evitar impuestos en los insumos para estas y otras graves enfermedades.

Esta ley, como cualquier otra deberá contener definiciones, objetos y objetivos los cuales podrían estar bien resumidos y compactados desde los ejemplo normativos de estas leyes, pero aludiendo un gran trabajo de ello, acertadamente se podrían incluir la Guía de Practicas Clínicas GPC 2015-50, desarrollada por Colciencias y el Ministerio de Salud y Protección Social del Estado Colombiano, del año 2015, dado que esta abarca terma puntuales y específicos, los cuales permitirían la claridad respecto de los temas en torno a la DM.

Finalmente, la referida Ley o Resolución, evidentemente buscaría cumplir los postulados del derecho administrativo, en torno al mejoramiento en la calidad de vida para que aquellas personas que padecen esta enfermedad, el cual deberá basarse en los constantes mejoramientos científicos, así como el progreso investigativo que se originen de las distintas fuentes académicas y las cuales, busaran acercar información, que permita el establecimientos de estrategias como las aquí planteadas.

LISTA DE REFERENCIAS

- Carrera Silva, L. (2011). La acción de tutela en Colombia. *Revista Del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México*.
- Castiglione, S., y Bolis, M. (2009). *Recopilación de Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas en América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares*. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ENT-Normas-Prevencion-AL.pdf>
- Montesquieu, Charles de Secondat, baron de. (1993). Del Espíritu de las Leyes. In *Grandes Obras del Pensamiento* (Vol. 10).
- Nietzsche, F. (1881). Thus Spake Zarathustra. In *Prologue Quarterly Of The National Archives*.
- Ramírez, E. C. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial/Scope of the right to health in Colombia. *Revista de Derecho*. <https://doi.org/2145-9355>
- Universidad Nacional de Colombia. Departamento Farmacia., M., y Londoño-Lemos, M. E. (2012). Revista colombiana de ciencias químico-farmacéuticas. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*.
- Vargas-Uricoechea, H., y Casas-Figueroa, L. Á. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clínica e Investigación En Arteriosclerosis*. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2015.12.002>
- Vélez, A. L. (2005). La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. *Colombia Médica*.
- Villegas Perrasse, A., Abad, S. B., Faciolince, S., Hernández, N., Maya, C., Parra, L., ... Vallejo, P. (2006). El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001-2003. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006001100005>
- Carrera Silva, L. (2011). La acción de tutela en Colombia. *Revista Del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México*.
- Castiglione, S., y Bolis, M. (2009). *Recopilación de Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas en América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares*. Retrieved from <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ENT->

Normas-Prevencion-AL.pdf

- Montesquieu, Charles de Secondat, baron de. (1993). Del Espiritu de las Leyes. In *Grandes Obras del Pensamiento* (Vol. 10).
- Nietzsche, F. (1881). Thus Spake Zarathustra. In *Prologue Quarterly Of The National Archives*.
- Ramírez, E. C. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revision constitucional, legal y jurisprudencial/Scope of the right to health in Colombia. *Revista de Derecho*.
<https://doi.org/2145-9355>
- Universidad Nacional de Colombia. Departamento Farmacia., M., y Londoño-Lemos, M. E. (2012). Revista colombiana de ciencias químico-farmacéuticas. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*.
- Vargas-Uricoechea, H., y Casas-Figueroa, L. Á. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clínica e Investigación En Arteriosclerosis*.
<https://doi.org/10.1016/j.arteri.2015.12.002>
- Vélez, A. L. (2005). La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. *Colombia Médica*.
- Villegas Perrasse, A., Abad, S. B., Faciolince, S., Hernández, N., Maya, C., Parra, L., ... Vallejo, P. (2006). El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín, Colombia, 2001-2003. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892006001100005>
- M.P. L. Vargas, Sentencia C-826, 2013, (Colombia), 30/01/2019.
Recuperado <https://app.vlex.com/#vid/-514047226> (C.S.J., Sala Plena C-826 de 2013)
(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).
Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/normativa.aspx>
Abril 06 de 2009. Ministerio de Salud y Protección Social [M.P.S.]:
Diario Oficial. [D.O.]: 47.314. (Colombia). 06/02/2019. Recuperado
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley%201295%20de%202009.pdf> (L. 1295, 2009)

Julio 02 de 2010. Superintendencia Nacional de Salud [S.N.S.]: Diario Oficial. [D.O.]: 47.758. (Colombia). 06/02/2019. Recuperado:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1392010.pdf> (L. 1392, 2010).
Febrero 16 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social [M.P.S.]: Diario Oficial. [D.O.]: 49.427 (Colombia). 06/02/2019. Recuperado:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf> (L. 1751, 2015)

Sentencia Corte Constitucional [C.C.], Sala Novena de Revisión de Tutelas, agosto 01 de 2003, 2010 M.P. C. Vargas, Sentencia T-641, 2003, (Colombia), 30/01/2019. Recuperado <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-641-03.htm> (C.C., Sala Novena T-641 de 2003), se estudiará puntualmente el planteamiento que abordó el desarrollo de esta sentencia.

ANEXOS

En este listado de anexos, se presentara únicamente, este documento en el medio magnético, para que el mismo permita, la verificación del contenido en los programas anti plagio, establecidos por la normatividad de la Universidad la Gran Colombia.