

**La salud como Derecho Fundamental: Descripción del sistema de garantías primarias en zonas sin oferta privada de servicios de salud, el caso de Nariño**

**Diana Marcela Campaña Guzmán  
Carla Tatiana Chaves Ortiz**

**Director: Iván Leonardo Martínez Pinilla**

**Trabajo de Grado**

**Pontificia Universidad Javeriana de Cali  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Departamento de Ciencia Jurídica y Política  
Programa de Derecho  
2024**

## Resumen

El derecho fundamental a la salud es un derecho con gran importancia para los seres humanos, debido a que, tiene conexidad con derechos como la vida, la dignidad humana y la integridad física. Es por ello que, sus garantías primarias y secundarias son esenciales para una prestación adecuada del servicio de salud. Sin embargo, la aplicación de estas garantías se dificultan en contextos que tienen condiciones diferentes a las de los municipios o departamentos más cercanos al centro del país, siendo el departamento de Nariño uno de estos casos, donde se identifica que en un 59% de los municipios solo cuenta con una I.P.S que es del Estado, por lo que, no hay competencia entre prestadores de servicio de urgencia o de alta complejidad, y además el único prestador, no siempre cumple los requisitos necesarios para prestar el servicio por condiciones adversas que las convierte en zonas vulnerables, incumpliendo los fines esenciales del Estado, por lo que, ni la garantía primaria ni la secundaria logran evitar la vulneración del derecho, mostrándose al Estado como un prestador deficiente e inadecuado para la prestación de este servicio.

**Palabras Claves:** Garantías primarias, Garantías secundarias, Derecho fundamental a la salud, Servicio público, Prestadores del servicio de salud, Acción de tutela, Responsabilidad médica, Responsabilidad médica estatal, Responsabilidad internacional del Estado.

**Abstract:** The fundamental right to health is a highly significant right for human beings because it is connected to rights such as life, human dignity, and physical integrity. This is why its primary and secondary guarantees are essential for the adequate provision of health services. However, the implementation of these guarantees is challenging in contexts that have conditions different from those of municipalities or departments closer to the center of the country. The department of Nariño is one of these cases, where it is identified that in 59% of the municipalities there is only one state-owned health provider (I.P.S), resulting in a lack of competition among providers of emergency or high-complexity services. Moreover, the sole provider does not always meet the necessary requirements to deliver the service due to adverse conditions that render the area vulnerable, failing to fulfill the essential purposes of the state. Consequently, neither the primary nor the secondary guarantee succeeds in preventing the violation of the right, revealing the state as a deficient and inadequate provider of this service.

**Keywords:** Primary guarantees, Secondary guarantees, Fundamental right to health, Public service, Health service providers, Action of tutela, Medical responsibility, State medical responsibility, International responsibility of the state.

## Tabla de Contenido

	Pág.
Tabla de Abreviaturas	5
Introducción	7
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Metodología: Ámbito epistémico desde el cual se observa el problema planteado	18
Técnicas de Investigación	22
Capítulo I: Teoría de las garantías de los derechos fundamentales a partir de Luigi Ferrajoli	23
<i>Diferencia entre derechos fundamentales y derechos patrimoniales según Ferrajoli</i>	25
<i>Responsabilidad Internacional del Estado con respecto a la protección del derecho fundamental de salud</i>	29
• Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)	29
• Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH)	31
<i>Análisis jurisprudencial de la CoIDH sobre la responsabilidad internacional del Estado con respecto al derecho fundamental a la salud</i>	32
Capítulo II: Derecho a la salud como derecho fundamental en Colombia	41
<i>El derecho a la salud desde su faceta preventiva (NO asistencial)</i>	45
<i>El derecho a la salud y la carga prestacional: tratamientos y medicamentos</i>	46
Capítulo III: Territorios del Departamento de Nariño que presentan problemas en la garantía primaria por falta de oferta privada de servicios de salud	50
I. <i>Convergencia de fenómenos naturales</i>	53

II. <i>Conflicto armado</i>	60
III. <i>Agua potable</i>	69
IV. <i>Falta de conectividad</i>	71
<i>Falta de competencia con respecto a la oferta de los servicios de salud Nariño</i>	75
Capítulo IV: Comportamiento de las instituciones que, en el departamento de Nariño, ejecutan la función de garantía primaria	80
<i>Descentralización del sector salud en Nariño</i>	81
<i>Requisitos de habilitación</i>	81
a. Talento humano	83
b. Infraestructura	84
c. Dotación	85
d. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	86
e. Procesos prioritarios	88
f. Historia clínica y registros	89
g. Interdependencia	90
<i>Redes de Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)</i>	91
Caso de Ejemplo: La Tola - Nariño	99
Conclusiones	104
Referencias	108
Anexos	116

## Tabla de Abreviaturas

AGC	Autodefensas Gaitanistas de Colombia
ASIS	Análisis de Situación en Salud
Art/Arts.	Artículo o Artículos
CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CCO	Comando Coordinador de Occidente
CIDH Comisión	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CoIDH Corte	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EPL	Ejército Popular de Liberación
E.S.E	Empresa Social del Estado
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
GUP	Guerrillas Unidas del Pacífico
IBS	Indicadores Básicos en Salud
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales
Indepaz	Instituto de estudios para el desarrollo y la paz
IDSN	Instituto Departamental de Salud de Nariño
IndNS	Índice de Necesidades en Salud
InsNS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
I.P.S	Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud
IRCA	Índice de Riesgo a la Calidad de Agua
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud

OCHA	Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
ReTHUS	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
RIPSS	Redes de Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
SAT	Sistema de Alertas Tempranas
SGC	Servicio Geológico Colombiano
SIHO	Sistema de Información Hospitalaria
SOGCS	Sistema único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
UNGRD	Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

## Introducción

### ***El problema social subyacente***

A lo largo del territorio nacional pueden evidenciarse diversas falencias que afectan al pueblo colombiano, una de las más importantes, delicadas y de mayor interés es la prestación del servicio de salud. De esta afectación se desprenden varios temas relevantes, siendo uno de ellos la responsabilidad que se genera cuando la prestación del servicio se da en zonas vulnerables y por situaciones como la falta de comunicación con la capital departamental o nacional, la violencia generada por grupos armados ilegales, los fenómenos naturales, entre otros; por lo que, se impide brindar una buena prestación en el servicio de salud y le genera consecuencias a quienes intentan prestarlo a pesar de la complejidad de las circunstancias.

Lo mencionado es más visible en zonas rurales, marginales o apartadas, siendo estas vulnerables, como lo son el pacífico colombiano, los llanos orientales o la amazonia, entre otros, siendo estas zonas de complejo acceso y con grandes brechas con respecto al acceso y la calidad de la salud. Un claro ejemplo de esta situación anteriormente detallada es el departamento de Nariño, en el que confluyen varias problemáticas como el difícil acceso por falta de infraestructura apropiada en sus carreteras, sobre esto Beatriz Fajardo menciona que,

*“Las vías de Nariño, principalmente la Panamericana, que cruza por todo este departamento, es considerada por los transportadores como una de las más difíciles para transitar por lo angosta, deteriorada e insegura. Los gremios, por su parte, creen que la región no ha logrado en décadas una activación económica por las pésimas condiciones viales del sur del país.*

[...]

*De acuerdo con los gremios, las afectaciones en la malla vial han impedido el desarrollo en Nariño, sumado a situaciones como paros, deslizamientos de tierra, y alteraciones en la vía, dejan incomunicado a la región con el país.”<sup>1</sup>*

Lo cual es el reflejo de una Nación despreocupada por los territorios que se encuentran en zonas alejadas del centro del país, que en primera instancia se observa como una necesidad solo de conectividad, pero que realmente tiene como resultado una afectación macro, donde indudablemente afecta el sistema de salud. Este problema ha marcado el departamento históricamente, pues siempre se ha posicionado con desventaja frente a otros sectores privilegiados de Colombia,

---

<sup>1</sup> Fajardo, B. (2022). Vías de Nariño, el cuello de botella de la conectividad con Suramérica. Radio Nacional de Colombia (RTVC). Recuperado de: <https://www.radionacional.co/regiones/pacifico/carreteras-de-colombia-el-cuello-de-botella-en-narino>

*“Según se consigna en el Plan Estratégico de Desarrollo de Nariño, entre las causas que han sido identificadas para una baja cobertura y calidad en la salud de los nariñenses están los escasos recursos financieros; una deficiente planificación del sector; la ineficiente gestión en la consecución de recursos; la concentración del recurso humano y financiero en las zonas urbanas del departamento; insuficiente recurso humano especializado, e intermitencia en programas y proyectos.*

*Un informe del Instituto Departamental de Salud dice que la diversidad de procesos infecciosos, crónicos degenerativos de origen social y cultural, conforman un mosaico en el que confluyen problemas característicos de una sociedad con atraso en su desarrollo económico y social.”<sup>2</sup>*

Por lo que, es claro que, la afectación a el sistema de salud se ve vulnerado por un compendio de situaciones, siendo el difícil acceso por falta de carreteras solo una forma de desconexión y de reconocimiento frente a otras problemáticas como lo es el conflicto armado, pues, el departamento ha sido un escenario de víctimas ante las secuelas y consecuencias que ha generado el conflicto, es así como se evidencia en el texto realizado por la Comisión de la Verdad, Colombia Adentro que,

*“En Nariño, el número de víctimas por minas antipersona que se registra hasta el 2022 es de 1.207. Samaniego es uno de los municipios más afectados. De acuerdo con el programa del gobierno Descontamina Colombia, Nariño es el segundo departamento, después de Antioquia, con mayor número de civiles víctimas de minas antipersona”<sup>3</sup>*

De esta manera, estudiar la responsabilidad en el marco de la legislación vigente sobre la prestación de servicios de salud en las zonas marginales de Nariño representa un desafío significativo. Este análisis debe tener en cuenta las diversas realidades que enfrenta el departamento. Al hacerlo, se logrará ofrecer un aporte valioso sobre el reconocimiento de una problemática que varía según los contextos en diferentes regiones del país, afectando a la población en su conjunto y poniendo en riesgo diversos derechos fundamentales.

Para esto, es importante tener en cuenta unas cifras representativas que sustentan el problema de Salud, el Instituto Nacional de Salud (InsNS), menciona que,

*““Cuando la muerte es evitable”, del total de las 2’160.686 muertes ocurridas durante 2010-2019 en Colombia, el 16,8% (364 mil) se debieron a dificultades*

---

<sup>2</sup> Parra Garzón, E. (1995). La salud en Nariño, un paciente en estado crítico. El Tiempo. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-326125>

<sup>3</sup> Comisión de la Verdad. (2022). Colombia Adentro. Relatos territoriales sobre el conflicto armado. Nariño y Sur del Cauca. (Informe Final). Pág. 115. Recuperado de: <https://www.comisiondelaverdad.co/colombia-adentro-1>

*en el acceso o la calidad del sistema de salud. Este porcentaje fue mayor en los municipios con menor acceso a los servicios de salud, medido con el Índice de Acceso a los Servicios de Salud (IASS) desarrollado por el ONS. Mientras que municipios con mayor acceso potencial y real a los servicios de salud evidenciaron menores porcentajes de muertes evitables atribuibles al sistema de salud.*

*En otras palabras, “de haber contado con un sistema de salud que garantizara el acceso universal, oportuno y de calidad a la atención en salud basado, por ejemplo, en estrategias de prevención y atención primaria y con un enfoque territorial, el país hubiera evitado la muerte de 364 mil colombianos, garantizando así el derecho fundamental a la salud”, lo explica Carlos Castañeda Orjuela, director del Observatorio Nacional de Salud del INS.”<sup>4</sup>*

Así, como se señala en el informe del Instituto Nacional de Salud, se han registrado muertes evitables debido a la falta de atención médica adecuada. En este estudio, se identificará que en Nariño existen municipios con un acceso limitado a los servicios de salud, lo cual aumenta el riesgo de muertes evitables, cuyas causas se detallarán más adelante.

De la misma forma, teniendo en cuenta el Indicador de Estadísticas Vitales que es, “un proceso que acopia información de la frecuencia de los hechos vitales, las características pertinentes a los propios sucesos, para luego compilar, sistematizar, analizar, evaluar, presentar y difundir esos datos.”<sup>5</sup> Actualmente, incluye únicamente los registros de nacimientos y defunciones fetales y no fetales. En el departamento de Nariño, este indicador se observa de la siguiente manera:

---

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Salud (InsNS). (s.f). 364 mil muertes atribuibles al sistema de salud no debieron ocurrir. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/364-mil-muertes-atribuibles-al-sistema-de-salud-no-debieron-ocurrir.aspx>

<sup>5</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2021). El Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales en Colombia. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/estadisticas-vitales>

**15 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO  
DEPARTAMENTO DE NARIÑO 2021 (Ultimo dato oficial)  
Fuente: DANE - Estadísticas Vitales, Subdirección de Salud Pública, Oficina de Epidemiología**

No.	Causa basica	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	5 - 14 años	15 - 44 años	45 - 64 años	65 y mas años	No reportado	Total	%	Tasa por cada 10.000 habitantes
1	109 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	1	2	184	711	1.232	0	2.132	20,2	12,7
2	303 Enfermedades isquémicas del corazón	0	0	0	36	140	1.300	0	1.476	14,0	8,8
3	307 Enfermedades cerebrovasculares	1	0	1	23	99	462	0	586	5,6	3,5
4	512 Agresiones (homicidios)	0	1	1	485	82	14	0	583	5,5	3,5
5	302 Enfermedades hipertensivas	0	0	0	11	35	499	0	545	5,2	3,2
6	605 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0	0	0	3	28	382	0	413	3,9	2,5
7	609 Resto de enfermedades del sistema digestivo	2	1	3	13	54	249	0	322	3,1	1,9
8	000 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	5	3	3	42	49	190	0	292	2,8	1,7
9	601 Diabetes mellitus	0	0	1	19	55	188	0	263	2,5	1,6
10	108 Infecciones respiratorias agudas	3	1	1	12	66	173	0	256	2,4	1,5
11	501 Accidentes de transporte terrestre	1	2	8	152	53	38	0	254	2,4	1,5
12	201 Tumor maligno del estómago	0	0	0	21	66	161	0	248	2,4	1,5
13	614 Resto de las enfermedades	2	2	6	26	37	164	0	237	2,3	1,4
14	203 Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon	0	0	0	10	73	130	0	213	2,0	1,3
15	214 Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	0	3	3	14	47	117	0	184	1,7	1,1
<b>Subtotal</b>		<b>16</b>	<b>14</b>	<b>29</b>	<b>1.051</b>	<b>1.595</b>	<b>5.299</b>	<b>0</b>	<b>8.004</b>	<b>76,0</b>	
<b>Resto de causas</b>		<b>143</b>	<b>29</b>	<b>37</b>	<b>483</b>	<b>483</b>	<b>1.352</b>	<b>0</b>	<b>2.527</b>	<b>24,0</b>	
<b>Total Departamento</b>		<b>159</b>	<b>43</b>	<b>66</b>	<b>1.534</b>	<b>2.078</b>	<b>6.651</b>	<b>0</b>	<b>10.531</b>	<b>100,0</b>	<b>62,7</b>

**Tabla 1: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2021). Indicadores Básicos de Salud (IBS). Pág. 1. Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/evitales/23.15\\_Gr.causa\\_mort.h.m.t\\_lista\\_6-67\\_de OPS\\_-2021.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/evitales/23.15_Gr.causa_mort.h.m.t_lista_6-67_de OPS_-2021.pdf)**

Así pues, como observamos en la tabla, entre las quince primeras causas de mortalidad se encuentra las enfermedades infecciosas y parasitarias, agresiones (homicidios), accidentes en transporte terrestre, las cuales son afectaciones producidas por las situaciones que se presentan en el departamento.

Sin embargo no se tienen en cuenta de forma específica algunos de los elementos que llegan a generar esas tasa de mortalidad como lo son las enfermedades o accidentes generados por la convergencia de fenómenos naturales; el conflicto armado al que suelen estar sometidas ciertas zonas del departamento y que, por ende, son zonas donde se genera bastante violencia: las malas condiciones de agua, que en la mayoría del departamento no es apta para el consumo; y la falta de conectividad, la cual suele impedir la prestación de servicio generando altas tasa de mortalidad por las largas distancias a recorrer, la mala infraestructura vial y los medios de transporte inadecuados. Hasta ahora no se ha contemplado un indicador en Colombia que tenga en cuenta las condiciones mencionadas y su incidencia en la prestación inadecuada del servicio de salud o en la falta de prestación, que finalmente es la que genera una parte de las muertes que se producen en el departamento de Nariño.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que, en el contexto nariñense, en muchas zonas del territorio, se evidencia una ausencia de oferta privada con respecto a los servicios de alta complejidad de salud, como lo son el servicio de urgencias o la atención de embarazos de alto riesgo. Lo anterior, debido a que, en primer lugar, el costo de prestar estos servicios no generará beneficios, en segundo lugar, porque el Estado no genera incentivos que lleven a el sector privado a arriesgarse e invertir en el sector, en tercer lugar, la verificación del cumplimiento de los requisitos y estándares de habilitación, así como del cumplimiento en la prestación del servicio suele ser más riguroso en sus casos que en las instituciones públicas, lo que lleva a que no se considere rentable la prestación de este servicio.

### ***El problema visto desde el plano normativo***

Luigi Ferrajoli tiene cuatro tesis en materia de derechos humanos<sup>6</sup>, la primera es la diferencia estructural entre los derechos fundamentales y los derechos patrimoniales. La segunda menciona que los derechos fundamentales, al corresponder a intereses y expectativas de todos, forman el fundamento y el parámetro de la igualdad jurídica, observándose una dimensión sustancial de la democracia, la cual es una dimensión previa a la dimensión política o formal. La tercera tesis habla acerca de la naturaleza supranacional de muchos de los derechos fundamentales. Por último, la cuarta tesis, trata sobre las relaciones entre los derechos y sus garantías. Siendo esta última la que vamos a analizar en nuestro estudio, aun así, hay que resaltar que, las primeras tres ofrecen enfoques que complementan y enriquecen la tesis a estudiar.

Ahora bien, con respecto a la cuarta tesis Ferrajoli<sup>7</sup> afirma que, las garantías primarias son las obligaciones y prohibiciones, mientras que las garantías secundarias son las obligaciones de reparar o sancionar judicialmente las lesiones de los derechos, es decir, las violaciones de las garantías primarias. Por lo mencionado, es de gran relevancia que en este estudio analicemos tanto la regulación en salud, así como la responsabilidad médica estatal que puede generarse por la vulneración del derecho en Colombia, la responsabilidad internacional del Estado que puede darse por falta de protección y garantía del derecho por parte de los Estados parte, además de la jurisprudencia emitida al respecto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH).

En la Constitución Política Colombiana se establece que, *“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a **todas** las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación*

---

<sup>6</sup> Ferrajoli, L. (2001). Los fundamentos de los derechos fundamentales. Primera Vista. Editorial Trotta. Madrid, España. Págs. 25 - 26. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1OUJP4mCvehHuObHyG8e8Ygh2a9iTMIZy/view>

<sup>7</sup> Ferrajoli, L. (2001). Los fundamentos de los derechos fundamentales. Primera Vista. Editorial Trotta. Madrid, España. Pág. 26. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1OUJP4mCvehHuObHyG8e8Ygh2a9iTMIZy/view>

de la salud.”<sup>8</sup>, donde se deja claro que el servicio de salud debe ser prestado a todos los miembros del territorio nacional, prevaleciendo sobre el contexto en el que se encuentren estas personas.

Así mismo, la Constitución nos menciona que,

*“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.*

*Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. [...]”<sup>9</sup>*

Lo cual implica que, a falta de competencia en la prestación de servicios públicos, entre los que se encuentra la salud, por parte de comunidades organizadas o particulares, será el Estado quien se encargue de la prestación del servicio, debido a que, es deber de este asegurarse de la prestación *adecuada* de estos servicios. Por lo que, de ahí puede desprenderse que la responsabilidad que se genere con respecto a los usuarios de este servicio recaiga sobre el Estado, de acuerdo con la Constitución Política, *“el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.”<sup>10</sup>* La importancia de lo mencionado, recae en que las zonas marginales de las que tratamos en nuestro estudio son zonas de difícil acceso y difícil prestación de servicios públicos, como el servicio de salud. Así evidenciamos que, de acuerdo con el Plan Territorial en Salud, el Índice de Necesidades en Salud (IndNS) de Nariño, en el que se tiene en cuenta *“el acceso a agua potable y saneamiento básico, la nutrición, la actividad física, el uso de plaguicidas, los hábitos de vida, el manejo de residuos y su disposición final, la dispersión de viviendas, la deficiencia en infraestructura vial, entre otros”<sup>11</sup>*, debido a que, son aspectos que afectan la salud humana. Estas zonas se evidencian de la siguiente forma:

---

<sup>8</sup> Constitución Política. (1991). Artículo 49. Recuperado de: <http://secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>

<sup>9</sup> Ibidem. Artículo 365.

<sup>10</sup> Ibidem. Artículo 90.

<sup>11</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 161. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

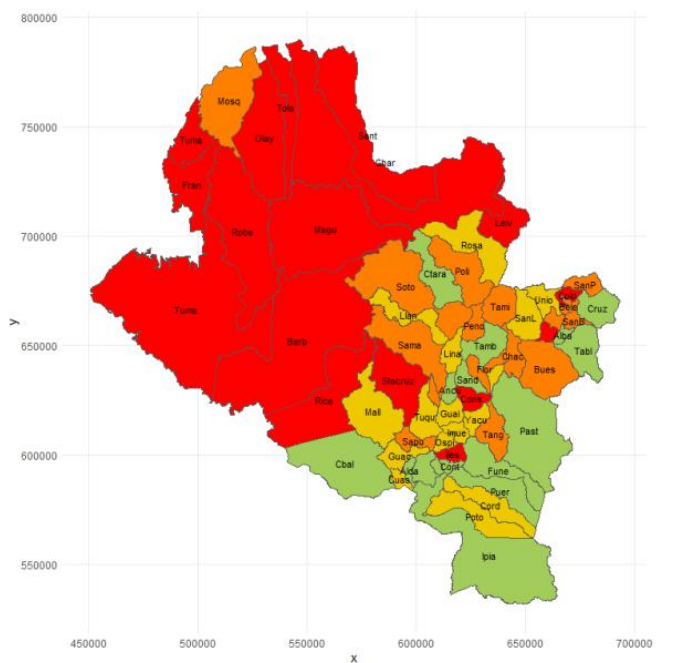


Imagen 1: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2024). Plan Territorial en Salud. Índice de Necesidades en Salud (INS) del año 2023. Pág. 19. Recuperado de: <https://plannedesarrollo.nariño.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/A-novo-Plan-Territorial-de>

De acuerdo con la puntuación y de mayor a menor puntaje obtenidos por los municipios evidenciamos que,

	<b>Crítico</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>
1	Magüí Payan	Los Andes	Nariño	Aldana
2	La Tola	Taminango	Ospina	Funes
3	Olaya Herrera	Sapuyes	La Unión	Puerres
4	Roberto Payán	Policarpa	Cuaspu	Cumbitara
5	Barbacoas	Mosquera	Imues	Pupiales
6	El Charco	San Bernardo	Mallama	Cumbal
7	Tumaco	Tangua	Potosí	El Tambo
8	Santa Bárbara	San Pablo	Guachucal	El Tablón de Gómez
9	Ricaurte	Samaniego	El Rosario	Contadero
10	Francisco Pizarro	El Peñol	Yacuanquer	Ancuya
11	Colón Génova	Belén	Linares	Gualmatán
12	Leiva	Cartago	Córdoba	La Cruz
13	Arboleda	Providencia	La Llanada	Albán

14	Santacruz	Chachagüí	San Lorenzo	Sandoná
15	Iles	Buesaco	Túquerres	Ipiales
16	Consacá.	La Florida.	Guaitarilla	Pasto

Tabla 2: Creada a partir de la información otorgada por: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2024). Plan Territorial en Salud. Índice de Necesidades en Salud (INS) del año 2023. Pág. 18. Recuperado de: [https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo\\_Plan\\_Territorial\\_de\\_Salud\\_Dpto\\_de\\_Narino\\_2024\\_IDSN.pdf](https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo_Plan_Territorial_de_Salud_Dpto_de_Narino_2024_IDSN.pdf)

De acuerdo con el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y la Gobernación de Nariño, *“al efectuar el cálculo, Magüí Payan (24,15) fue el municipio con IndNS más altas y Pasto es el que presenta la mejor calificación (-21,03).”*<sup>12</sup>, haciendo evidente las carencias que sufren la mayoría de los municipios costeros, quienes tienen altos puntajes en el IndNS, observándose una falta de gestión en un tema tan importante por parte de las autoridades locales y departamentales.

Todo lo anterior, debido a que, con la declaración de Alma - Ata de 1978<sup>13</sup>, se establece la atención primaria de salud con el fin de lograr una salud para todos, se ha buscado alcanzar el bienestar y la cobertura universal en salud de las personas. Debido a todo el territorio que debe abordarse para alcanzar el bienestar y la cobertura universal en el sector salud, en la Constitución Política se estableció que los servicios públicos también podrían ser prestados por particulares o comunidades organizadas, quienes podían hacerse cargo de la prestación de este servicio de manera más eficiente, debido a las utilidades que logran generar y que invierte en personal capacitado, instrumental y maquinaria moderna, etc. Sin embargo, en las zonas más apartadas, que son de difícil acceso y presentan situaciones como el conflicto armado, la falta de agua potable, entre otras, a estos particulares o comunidades organizadas no les interesa prestar servicios de salud como el de urgencias, cuidados intensivos, oncológicos, etc.; puesto que, el costo de prestar estos servicios es muy alto y no se generarían utilidades, debido a las condiciones precarias en las que vive su población. Los que se arriesgan a prestar servicios de salud, se encargan de servicios como el de odontología, ginecología, enfermería, pero nada más complejo. De manera que, es el Estado quien debe encargarse de prestar el servicio, sin embargo, lo hace de manera ineficiente, de manera que, en lugar de proteger y garantizar el derecho fundamental a la salud, termina siendo quien lo vulnera, al no tener las condiciones adecuadas de la prestación generando un riesgo.

<sup>12</sup>Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2024). Plan Territorial en Salud. Índice de Necesidades en Salud (INS) del año 2023. Pág. 18. Recuperado de: [https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo\\_Plan\\_Territorial\\_de\\_Salud\\_Dpto\\_de\\_Narino\\_2024\\_IDSN.pdf](https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo_Plan_Territorial_de_Salud_Dpto_de_Narino_2024_IDSN.pdf)

<sup>13</sup> Organización Panamericana de Salud. (1978). Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Entonces, con la vulneración del derecho fundamental a la salud puede generarse una responsabilidad médica civil o estatal, la primera hace referencia a que los médicos no actúan como deberían hacerlo o haciéndolo el resultado no es lo que se esperaba, asimismo, de acuerdo con la Ley 67 de 1935, *“el ejercicio de la profesión de médico, abogado, ingeniero y sus semejantes, constituye una función social. Los profesionales serán responsables civil y penalmente, no sólo por sus actos sino también por sus omisiones en el ejercicio profesional”*<sup>14</sup>. Por otro lado, la segunda, se genera cuando se da una falla en el servicio prestado por el Estado y, por lo tanto, este debe hacerse responsable ante un particular o un tercero, los cuales no tenían el deber jurídico de soportar el daño causado por la administración.

Por su parte, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 trae el desarrollo del derecho fundamental a la salud y su artículo primero nos menciona que se tiene como objeto garantizar este derecho, regular y establecer sus mecanismos de protección.

De igual forma, una de las normas más importantes para el desarrollo de nuestro estudio es la Resolución 3100 de 2019, la cual nos hace referencia a los estándares de habilitación de los centros médicos del país y las sanciones en caso de incumplimiento de los mismos. Generando un debate con respecto a su aplicación en las zonas marginales del país, sobre todo en la zona costera del departamento de Nariño, donde estos requisitos no llegan a cumplirse y tampoco puede darse un cierre de las instalaciones, ya que, se estaría vulnerando el derecho a la salud de los pobladores de estas zonas al no poder prestarse los servicios requeridos, pero de inicio no se puede asegurar que el servicio prestado será el mejor al no haber una buena infraestructura, instrumental e incluso profesionales.

### ***El problema visto desde el plano teórico***

Finalmente, para el desarrollo de nuestra investigación es importante tener en cuenta el Estado Constitucional, la coexistencia de derechos patrimoniales y derechos fundamentales, las garantías primarias y secundarias de los derechos fundamentales y las situaciones de ausencia de oferta de mercado.

El Estado Constitucional, de acuerdo con Nicole Velasco Cano y Jairo Vladimir Llano<sup>15</sup>, se caracteriza por tener a la Constitución como su pilar fundamental, siendo la Constitución el eje del ordenamiento jurídico interno, apareciendo la supremacía constitucional, que supedita a todos los poderes del Estado, los cuales son controlados por los intérpretes (jueces) y las acciones constitucionales. Otra de las

---

<sup>14</sup> Congreso de Colombia. (1935). Ley 67 de 1935. Artículo 1. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66180>

<sup>15</sup> Velasco Cano, N., y Vladimir Llano, J. (2015). Teoría del derecho neoconstitucionalismo y modelo de estado constitucional en el contexto colombiano. Revista Novum Jus. Vol. 9 (Núm. 2). Págs. 51 - 52. Recuperado de: <https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/919/966>

características relevantes del Estado Constitucional es la garantía de los derechos fundamentales de los ciudadanos, Antonio Peña Freire, nos dice al respecto que,

*“Entre los objetos de la garantía, uno de los principales elementos a través de los que se hace efectiva en el ordenamiento esta función son los derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente: su peculiar vínculo con los valores externos, su situación en el contexto constitucional y sus garantías jurisdiccionales o institucionales, los convierten en un factor jurídico de primer orden y en el elemento jurídico más potencialmente garantista de los presentes en el ordenamiento.”<sup>16</sup>*

Ahora bien, teniendo en cuenta que, el Estado Constitucional busca proteger los derechos fundamentales, debe también hablarse sobre la coexistencia de los derechos fundamentales y los derechos patrimoniales, Ferrajoli<sup>17</sup> realiza la diferenciación entre estos, mencionado que los primeros son universales, inclusivos, indisponibles, inalienables, inviolables, intransigibles, personalísimos, es la norma quien los otorga, son relaciones de tipo publicista, las prohibiciones y obligaciones están a cargo del Estado, y poseen garantías téticas. Por otro lado, los segundos son singulares, excluyentes, disponibles, negociables, alienables, se otorgan por actos jurídicos inter partes, son relaciones de tipo civilistas, hay una prohibición de no lesión de los derechos reales y obligaciones de deber con respecto a los derechos personales o de crédito, y, cuentan con garantía hipotéticas.

De esto último se desprenden las garantías primarias y secundarias que se encargan de la protección de los derechos fundamentales, siendo, como ya se mencionó anteriormente, las garantías primarias aquellas obligaciones y prohibiciones, y, las garantías secundarias aquellas obligaciones de reparar o sancionar judicialmente las lesiones de los derechos.

De acuerdo con lo mencionado, en nuestro estudio, se tendrá como enfoque la teoría postpositivista constitucionalista, lo cual, de acuerdo con Ricardo Marquisio, se origina por la *“incompatibilidad del positivismo jurídico con la “nueva realidad del Estado constitucional”<sup>18</sup>*. En esta teoría observamos que, el derecho es una práctica social

---

<sup>16</sup> Peña Freire, A. (1997). La garantía en el Estado constitucional de Derecho. Págs. 107-108. Citado por: Velasco Cano, N., y Vladimir Llano, J. (2015). Teoría del derecho neoconstitucionalismo y modelo de estado constitucional en el contexto colombiano. Revista Novum Jus. Vol. 9 (Núm. 2). Pág. 52. Recuperado de: <https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/919/966>

<sup>17</sup> Ferrajoli, L. (2001). Los fundamentos de los derechos fundamentales. Primera Vista. Editorial Trotta. Madrid, España. Págs. 30 - 34. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1OUIP4mCyeHhuObHyG8e8Yqh2a9iTMIZy/view>

<sup>18</sup> Marquisio, R. (2017). Tres modelos de postpositivismo jurídico. Filosofía del Derecho. Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Año 14. Número 47. Pág. 871. Recuperado de: [https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66133/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66133/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

que está compuesta por reglas y principios, entre estas normas del sistema jurídico se dan relaciones lógicas y de justificación.

Siendo esta teoría importante para nuestro estudio, debido a que, en ciertos contextos, sobre todo en zonas marginales en el país, no se hace evidente la coherencia en la relación entre las normas aplicables y su ámbito de aplicación, así observamos que, la Resolución 3100 de 2019 que contiene los criterios y estándares de habilitación de los centros médicos no contempla la realidad de las zonas más apartadas del país, sino que, asume que si algún prestador no cumple con los requisitos los otros prestadores podrán cubrir con la demanda existente, lo cual no se da, debido a que, en estas zonas no suelen existir más prestadores a parte de la ESE, lo que implica que, el Ministerio de Salud y Protección Social antes de la expedición de esta norma no realizó un estudio económico en las zonas donde más se necesitaba prestadores del servicio de salud, las condiciones que tenía este territorio, las necesidades a cubrir ni el desinterés de los particulares y las comunidades organizadas en participar por la falta de incentivos, aún peor, la norma no da pie a interpretaciones lo que implica que en estos contextos no se buscan soluciones ni alternativas.

Siendo importante resaltar que, el funcionamiento de la oferta de mercado se construye teniendo en cuenta,

*“El sistema colombiano de salud, implementado en 1993, se basa en el modelo anglosajón de privatización y regulación de servicios públicos y ‘simula’ un mercado competitivo, donde el regulador establece un precio y un producto que las organizaciones, tanto públicas como privadas, deben brindar a los consumidores existentes. El buen funcionamiento del sistema depende del adecuado desempeño de variables económicas como el empleo y la calidad del mismo.”<sup>19</sup>*

Lo cual quiere decir que, la base de la creación de un mercado competitivo favorable en ejecución parte de que existen óptimas variables económicas. Es por esto que,

*“El Estado fija el precio, [...] de acuerdo con los costos de producción y una ganancia que se considera razonable, y se ajusta por la inflación; asimismo, fija la unidad de producto como una canasta mínima de servicios que debe cubrir el sistema que, para el caso de la salud, es difícil de definir (Plan Obligatorio de Salud (POS)).”*

---

<sup>19</sup> Chicaiza, L. (2002). El mercado de la salud y la problemática del alto costo. Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía, Vol. 34. (Núm. 131). Pág. 163. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/118/11876987005.pdf>

*La regulación, dirección, coordinación, vigilancia y control del Sistema de Salud en Colombia, así como los criterios para evitar la selección adversa y la distribución inequitativa de los recursos, están a cargo del Estado; en tanto que la prestación del servicio la llevan a cabo entidades públicas y privadas (Ley 100, de 1993. Art.154)”<sup>20</sup>*

Por lo que, se supone que, el Sistema de Salud en Colombia, previene las distribuciones inequitativas, sin embargo, no es lo que se identifica en la realidad, pues, si así fuese, no se observarían estas distinciones de ofertas de mercado (ausencia de competencia), dependiendo de la ubicación geográfica de los municipios y sus condiciones particulares.

Por todo lo anterior, se plantea entonces la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuáles son las garantías primarias, de acuerdo con Luigi Ferrajoli, que el Estado colombiano, específicamente, el departamento de Nariño, ha puesto en práctica para la protección del derecho fundamental a la salud en áreas donde no hay competencia de mercado y el servicio debe ser prestado por el Estado?

### **Objetivo General**

Analizar las garantías primarias, de acuerdo con Luigi Ferrajoli, desplegadas en el departamento de Nariño para la protección del derecho fundamental a la salud en áreas donde no hay competencia de mercado y el servicio debe ser prestado por el Estado.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Definir la teoría de las garantías de los derechos fundamentales a partir de Luigi Ferrajoli.
- 2) Contextualizar sobre el derecho a la salud a partir de la regulación existente.
- 3) Identificar las zonas del departamento de Nariño donde no se presenta competencia de mercado (únicamente oferta estatal) respecto a la oferta de los servicios de salud.
- 4) Analizar el comportamiento de las instituciones que, en el departamento de Nariño, ejecutan la función de garantía primaria.

### **Metodología: Ámbito epistémico desde el cual se observa el problema planteado**

En principio es importante destacar que, en los Estado Constitucionales,

*“La transformación jurídico-política que aporta el modelo constitucional a la construcción de una nueva forma de Estado está ligada al bienestar del ser*

---

<sup>20</sup> Ibidem. Pág. 166.

*humano y su protección, ya que, en el Estado constitucional, los derechos fundamentales no solo son vinculantes desde la Constitución, sino también desde el Derecho Internacional, con la pretensión de que las personas puedan cumplir con su objetivo de lograr una vida aceptable.”<sup>21</sup>*

Por lo que, los derechos humanos se convierten en la base que termina siendo transversal a los otros derechos, siendo el mayor ejemplo el derecho a la salud, que como se mencionó, en principio no se consideraba un derecho fundamental, sin embargo, estaba relacionado con otros derechos como lo son la dignidad humana, la vida y la integridad personal, por lo que, su protección y garantía era indispensable, así la mayoría de su desarrollo se dio teniendo en cuenta estos derechos, situación que también se ha identificado en otros derechos pues reconocerlos como fundamentales, permite protegerlos y garantizarlos de una forma más directa. En el caso colombiano,

*“El modelo de Estado constitucional está plasmado en la Constitución de 1991, con la vinculación de derechos fundamentales que son reconocidos en el transcurso del texto constitucional. La creación de la Corte Constitucional, como institución responsable de interpretar la Constitución, es central en la estructura jurídica colombiana, ya que entre sus funciones está el control jurídico-político al Ejecutivo y al Legislativo. Los jueces, en conjunto, son reconocidos como constitucionales, por las funciones jurídicas que les otorga el texto constitucional para proteger derechos fundamentales.”<sup>22</sup>*

Todo lo anterior, partiendo de la teoría de Kelsen, la cual le da una gran importancia a la constitución y el juez, como su intérprete legítimo. Por su parte, para Hebert Hart, los jueces son esenciales en la interpretación constitucional, lo cual surge de su propuesta de las reglas primarias y secundarias, propuesta que es importante teniendo en cuenta que, *“la regla secundaria (constitucional) es determinante para que las reglas primarias puedan existir, pues revisa que las reglas primarias no estén en contra del ordenamiento o sistema jurídico.”<sup>23</sup>* Siendo crucial diferenciar las reglas primarias de las secundarias, estas últimas son aquellas que,

*“Otorgan potestades a los particulares o a las autoridades públicas para crear, modificar, extinguir, o determinar los efectos de las reglas de tipo primario [...]. Otros ejemplos de reglas secundarias son las normas constitucionales sobre la expedición de leyes y las normas procesales que regulan la función judicial. En el ejercicio de las potestades atribuidas por esas reglas secundarias, los legisladores y los jueces establecen reglas primarias contenidas en leyes y sentencias, respectivamente. Hart llama “reglas de cambio” a las reglas secundarias que dan facultades a los particulares y a los legisladores para crear reglas primarias. Las normas sobre el ejercicio de la función judicial*

---

<sup>21</sup> Velasco Cano, N., y Vladimir Llano, J. (2015). Teoría del derecho neoconstitucionalismo y modelo de estado constitucional en el contexto colombiano. Revista Novum Jus. Vol. 9 (Número. 2). Pág. 53. Recuperado de: <https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/919/966>

<sup>22</sup> Ibidem. Pág. 56.

<sup>23</sup> Ibidem. Pág. 60.

*constituye un segundo tipo de reglas secundarias, que Hart denomina “reglas de adjudicación” [...]. La validez de un decreto, por ejemplo, depende de la sujeción de este a las leyes vigentes, y la validez tanto de las leyes como de los decretos depende de la conformidad de unas y otros con la Constitución. La Constitución dentro de esta estructura jerárquica, es el criterio supremo de validez.”<sup>24</sup>*

De igual forma, Hart menciona que,

*“La supremacía de la Constitución en un determinado ordenamiento o sistema jurídico es esencial, ya que el texto constitucional determina la estructura jurídica en conjunto y las leyes que estén en contravía de la Carta deben revisarse con detenimiento por las posibilidades de validez que otorga el documento constitucional. Así, la Constitución se convierte en un texto que posibilita la armonía dentro del ordenamiento jurídico y limita las leyes que la afecten negativamente.”<sup>25</sup>*

Evidenciándose que, la supremacía de la constitución viene de su contenido en derechos fundamentales y la protección y garantía que se le da a estos. Además debe resaltarse la importancia que tienen los jueces en este Estado, los cuales se convierten en una figura fundamental cuyas decisiones deben *“fortalecen y consolidan la Constitución y se convierten en sus guardianes, protectores de derechos fundamentales y creadores de Derecho”<sup>26</sup>*, lo cual implica que, al momento de tomar decisiones este juez debe realizar un amplio estudio sobre el caso y tener en cuenta varios factores con miras a proteger no solo el derecho que se esté alegando sino los derechos fundamentales que lo soporten, por lo que, la decisión que se toma va mucho más allá de lo establecido en las leyes existente, soportándose en las normas existentes en la doctrina y jurisprudencia nacional e internacional.

En otras palabras,

*“Las decisiones judiciales son de un carácter más amplio y no se limitan al estricto seguimiento de la ley. La referencia de principios en estas decisiones determinan una transformación jurídica que supera lo normativo [...], con la concepción innovadora de que los principios interpretados por los jueces resuelven problemas jurídicos. Esto lleva a que toda decisión judicial deba apoyarse en principios, ya que el Derecho no solo se conforma por normas, sino también por pretensiones generales o principios que pueden resolver casos concretos.”<sup>27</sup>*

---

<sup>24</sup> Rodríguez, C. (2005). Teoría del Derecho y decisión judicial. En torno al debate entre H. L. A. Hart y Ronald Dworkin en la decisión judicial. El debate Hart - Dworkin. Universidad de los Andes. Bogotá. Citado por: Velasco Cano, N., y Vladimir Llano, J. (2015). Teoría del derecho neoconstitucionalismo y modelo de estado constitucional en el contexto colombiano. Revista Novum Jus. Vol. 9 (Núm. 2). Pág. 60. Recuperado de: <https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/919/966>

<sup>25</sup> Velasco Cano, N., y Vladimir Llano, J. (2015). Teoría del derecho neoconstitucionalismo y modelo de estado constitucional en el contexto colombiano. Revista Novum Jus. Vol. 9 (Núm. 2). Pág. 60. Recuperado de: <https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/919/966>

<sup>26</sup> Ibidem. Pág. 62.

<sup>27</sup> Ibidem. Pág. 63.

Por lo mencionado, el ámbito epistemológico desde el cual se observa el problema planteado es desde la teoría postpositivista constitucionalista, por lo que, puede decirse que, el derecho es una práctica social que está compuesta por reglas y principios, al respecto Josep Aguiló Regla menciona que, en la estructura de un sistema jurídico deben considerarse tanto las reglas como los principios, lo cual implica que,

*“Hay normas que establecen una solución normativa (dicen lo que debe ser) pero no definen un caso (no indican cuándo son aplicables esas soluciones normativas). Los principios, así entendidos, dotan de sentido a las reglas. Permiten verlas, por un lado, como instrumentos para la protección y promoción de ciertos bienes (valores) jurídicos y, por otro, como resultados de un «balance, ponderación o compromiso» entre principios para el caso (genérico) que ellas regulan. Guiar la conducta mediante principios y/o aplicar principios, al tratarse de normas abiertas, exige siempre deliberación práctica por parte de los sujetos normativos, de los destinatarios”<sup>28</sup>*

De igual forma, Aguiló Regla dice que, entre las normas del sistema jurídico se dan relaciones lógicas y de justificación, es decir que, hay una noción lógica de consistencia normativa, que es la posibilidad de cumplimiento simultáneo y, además, se recurre a la idea de coherencia valorativa, es así como, *“diversas normas son valorativamente coherentes entre sí cuando presentan una unidad de sentido y/o de propósitos prácticos; y son incoherentes, cuando esa unidad no se da.”<sup>29</sup>*, además,

*“La consecuencia más importante de la toma en consideración de estos dos tipos de relaciones entre normas es que puede ocurrir que el ámbito justificado de aplicación de una regla no coincida con el ámbito de aplicación descrito por la propia regla. En este sentido, las reglas pueden resultar sobre incluyentes o infra incluyentes cuando hay un desajuste entre el ámbito de aplicación descrito por la regla y el ámbito justificado de aplicación de la regla.”<sup>30</sup>*

De acuerdo con lo mencionado, esta teoría es importante para identificar las zonas marginales en el país, donde no se hace evidente la coherencia en la relación entre las normas aplicables y su ámbito de aplicación, observándose que las reglas son infra incluyentes, por lo que, no llegan a abarcar todos los escenarios existentes en el territorio nacional, sino en los más centralizados, siendo, por lo tanto, el tema de la responsabilidad existente confuso e incluso puede llegar a evidenciarse un vacío normativo con respecto al tema. Lo anterior deriva en que, muchas veces se genera un enfrentamiento entre reglas, entre principios o entre reglas y principios, los cuales

---

<sup>28</sup> Aguiló Regla, J. (2007). Positivismo y Postpositivismo. Dos paradigmas jurídicos en pocas palabras. Universidad de Alicante. DOXA. Cuadernos de Filosofía del Derecho. 30 (2007). Págs. 669 - 670. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13160/1/DOXA\\_30\\_55.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13160/1/DOXA_30_55.pdf)

<sup>29</sup> Ibidem. Pág. 670.

<sup>30</sup> Ibidem.

se terminan resolviendo ante el administrador de justicia a través de la subsunción o la ponderación.

## **Técnicas de Investigación**

Las técnicas de investigación que tendremos en cuenta para el desarrollo de nuestro estudio son:

1. **Análisis e interpretación de textos teóricos:** Para nuestro estudio este análisis e interpretación se hará teniendo como base la cuarta tesis sobre derechos humanos de Luigi Ferrajoli. Con este enfoque, se identifica la relación entre la teoría y las realidades sociales que analizamos en nuestra investigación.
2. **Análisis e interpretación de textos jurídicos:** Esta se realiza de acuerdo con el análisis e interpretación de las normas jurídicas que regulan el derecho a la salud en Colombia y su prestación, como lo son la Constitución Política, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Resolución 3100 de 2019. De igual forma, se analiza la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) la cual nos da una idea de la responsabilidad internacional de los Estados cuando no garantizan ni protegen el derecho a la salud, escogiéndose los casos en los que los Estados han tenido que responder por haber generado un daño al no cumplirse con ciertos criterios importantes para la prestación del servicio de salud en instituciones públicas, evidenciándose una analogía con el problema planteado en este estudio.
3. **Análisis cuantitativo y cualitativo de datos:** Para ello se tiene en cuenta las estadísticas existentes como el Índice de Necesidades en Salud (IndNS), que tiene en cuenta las estadísticas existentes, entre otras cosas, el acceso a agua potable y saneamiento básico, la nutrición, la actividad física, el uso de plaguicidas, los hábitos de vida, el manejo de residuos y, la dispersión de viviendas. También se crea un indicador teniendo en cuenta la alerta permanente de ocurrencia de fenómenos naturales en la zona, las Alertas Tempranas emitidas por el Sistema de Alertas Tempranas en relación al conflicto armado en el territorio, las estadísticas del IRCA con relación a lo apta que es el agua para el consumo humano en Nariño, y, el tiempo de recorrido de un municipio a otro, de tal forma que se identifican qué municipios se encuentran en Estado crítico, alto, medio y bajo con respecto a condiciones externas a la prestación del servicio de salud que afectan dicha prestación. El análisis cuantitativo se realizó con la investigación de las IPS existentes en cada municipio en la página dispuesta por el IDSN, y conforme a eso se extrajo la relación que tienen con los demás factores adversos.
4. **Estudio de caso:** Para efecto de esta investigación, un caso de estudio será aquel que se presente en un territorio del departamento de Nariño que por su convergencia de fenómenos naturales, conflicto armado, falta de agua potable y largos tiempos de recorrido entre un municipio a otro, se dificulte la prestación

del servicio a la salud y por tanto no sea un lugar rentable para los particulares. Como caso emblemático, se realizó un análisis sobre el municipio de La Tola, pues en este confluyen las condiciones anteriormente mencionadas.

## **Capítulo I: Teoría de las garantías de los derechos fundamentales a partir de Luigi Ferrajoli**

De acuerdo con la perspectiva de Luigi Ferrajoli, resulta esencial, antes de entrar en el análisis de las diversas teorías sobre los derechos fundamentales, definir de manera precisa lo que se entiende por estos derechos. En la visión de Ferrajoli, los derechos fundamentales se conciben como,

*“Todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a «todos» los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por «derecho subjetivo» cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por «status» la condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas”<sup>31</sup>*

Ahora bien, para Ferrajoli existen cuatro tesis sobre derechos humanos que son: 1) La diferencia estructural entre los derechos fundamentales y los derechos patrimoniales. 2) Los derechos fundamentales, al corresponder a intereses y expectativas de todos, forman el fundamento y el parámetro de la igualdad jurídica, observándose una dimensión sustancial de la democracia, la cual es una dimensión previa a la dimensión política o formal. 3) La naturaleza supranacional de muchos de los derechos fundamentales. 4) Las relaciones entre los derechos y sus garantías.

En este estudio tendremos en cuenta la cuarta tesis de los derechos fundamentales, la cual habla acerca de la relación entre los derechos y sus garantías. Sin embargo, antes de hablar acerca de esta relación debe tenerse en cuenta un punto crucial en la argumentación de Ferrajoli, que es la distinción entre derechos y garantías. Mientras que algunos teóricos<sup>32</sup> argumentan que la ausencia de garantías anula la existencia de los derechos, Ferrajoli defiende la idea de que los derechos son inherentes a la condición humana, independientemente de la existencia o no de garantías. Según esta perspectiva, incluso en un contexto donde las garantías son

---

<sup>31</sup> Ferrajoli, L. (2001). Los fundamentos de los derechos fundamentales. Primera Vista. Editorial Trotta. Madrid, España. Pág. 19. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1OUJP4mCvehHuObHyG8e8Ygh2a9iTMIZy/view>

<sup>32</sup> Entre los que encontramos a Hans Kelsen, Carl Schmitt, Herbert Hart, Norberto Bobbio.

inadecuadas o están totalmente ausentes, los derechos fundamentales continúan existiendo. Sin embargo, de acuerdo con Ferrajoli<sup>33</sup>, esta falta de protección se traduce en una “laguna indebida” que debe ser abordada por el sistema jurídico, el cual tiene la responsabilidad de responder proactivamente para asegurar la efectividad de los derechos.

Entonces, podemos resaltar que Luigi Ferrajoli expone la teoría de las garantías de los derechos fundamentales, de tal forma que, se puede comprender de manera exhaustiva la naturaleza y la función de los derechos en el ordenamiento jurídico. Pues, destaca de manera reiterativa, que los derechos fundamentales no deben ser considerados como una declaración normativa, sino como derechos que el sistema legal y las instituciones del Estado deben garantizar. Esta posición es de vital importancia, pues son estos derechos fundamentales los que protegen los principios mínimos para el funcionamiento de una sociedad, tal como la dignidad. Según Ferrajoli<sup>34</sup>, son garantías primarias las obligaciones y prohibiciones, y garantías secundarias las obligaciones de reparar o sancionar judicialmente las lesiones de los derechos, es decir, las violaciones de sus garantías primarias. Conforme a ello, Ferrajoli tiene en cuenta que,

*“Tanto las obligaciones y las prohibiciones del primer tipo como las obligaciones del segundo, aun estando implicadas lógicamente por el estatuto normativo de los derechos, de hecho no sólo son a menudo violadas, sino que a veces no se encuentran ni siquiera normativamente establecidas.”<sup>35</sup>*

De esta manera, se evidencia que existe una postura sobre los derechos fundamentales, donde se observa una relación entre los derechos fundamentales y las garantías dispuestas para su protección. Estas últimas se clasifican en dos: las garantías primarias, que abarca la responsabilidad de no violar derechos, y las garantías secundarias, las cuales se evidencian por ser acciones dirigidas para sancionar o compensar las violaciones de los derechos.

La importancia de esta relación entre las expectativas de derechos y las garantías, es que, llevan a protagonizar al Estado y a las instituciones como responsable de dicha protección. Debido a que, no debe existir ausencia de las garantías, pues, deben ser estos últimos, los que garanticen la intervención necesaria para que no se observen violaciones de los derechos. Mediante esta, se debe indicar que los derechos no son únicamente una normatividad, sino que deben ser efectivos y evidentes en la sociedad.

---

<sup>33</sup> Ferrajoli, L. (2001). Los fundamentos de los derechos fundamentales. Primera Vista. Editorial Trotta. Madrid, España. Págs. 9 y 33. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1OUJP4mCvehHuObHyG8e8Ygh2a9iTMIZy/view>

<sup>34</sup> Ibidem. Pág. 26

<sup>35</sup> Ibidem.

Lo cual es importante para nuestro estudio, debido a que, en el ordenamiento jurídico colombiano se pueden evidenciar garantías primarias que no comprenden todos los contextos del territorio nacional y, por lo tanto, termina observándose un vacío respecto a ellos. Ferrajoli nos menciona sobre esto que,

*“Frente a la tesis de la confusión entre los derechos y sus garantías, que quiere decir negar la existencia de los primeros en ausencia de las segundas, sostendré la tesis de su distinción, en virtud de la cual la ausencia de las correspondientes garantías equivale, en cambio, a una inobservancia de los derechos positivamente estipulados, por lo que consiste en una indebida laguna que debe ser colmada por la legislación.”<sup>36</sup>*

Por lo tanto, es evidente que en la práctica hay ciertas limitaciones en los recursos políticos que impiden una garantía completa de los derechos. Esto plantea la necesidad de llevar a cabo una evaluación y reestructuración que permita una protección efectiva, contribuyendo así a una sociedad más justa. Uno de estos derechos, esencial para la construcción de una sociedad digna, es el derecho fundamental a la salud, que es relevante en este contexto.

### ***Diferencia entre derechos fundamentales y derechos patrimoniales según Ferrajoli***

Según Luigi Ferrajoli las diferencias entre derechos fundamentales y derechos patrimoniales tienen que ver únicamente con su forma o estructura. En primer lugar, los derechos patrimoniales son singulares *“en el sentido asimismo lógico de que para cada uno de ellos existe un titular determinado (o varios cotitulares, como en la copropiedad) con exclusión de todos los demás”<sup>37</sup>*, perteneciendo a cada uno de manera diversa por su calidad y cantidad, mientras que, los derechos fundamentales son derechos subjetivos de carácter público, lo que quiere decir que son de todo el mundo en igual forma y medida, por lo que, son universales.

En segundo lugar, los derechos fundamentales son inclusivos formando la base de la igualdad jurídica, lo cual quiere decir que, son inclusivos en el sentido de que si se reconoce el derecho sobre una minoría también se reconoce el mismo derecho sobre otras, por lo que, no es exclusivo. Por otro lado, los derechos patrimoniales son exclusivos, estando en la base de la desigualdad jurídica. Entonces, podemos observar que,

*“Todos somos igualmente libres de manifestar nuestro pensamiento, igualmente inmunes frente a las detenciones arbitrarias, igualmente autónomos para disponer de los bienes que nos pertenecen e igualmente titulares del derecho a la salud o a la educación. Pero cada uno de nosotros es*

---

<sup>36</sup> Ibidem

<sup>37</sup> Ibidem. Pág. 30.

*propietario o acreedor de cosas diversas y en medida diversa: [...], o sea, de objetos diversos de aquellos de que otros y no yo son propietarios”<sup>38</sup>*

Ahora bien, “*los derechos fundamentales son derechos indisponibles, inalienables, inviolables, intransigibles, personalísimos. En cambio, los derechos patrimoniales [...] son derechos disponibles por su naturaleza, negociables y alienables*”<sup>39</sup>, o sea que, al tener los derechos patrimoniales un objeto que radica en un bien patrimonial, pueden adquirirse, cambiarse o venderse, por lo que, pueden sufrir alteraciones e incluso extinguirse por su ejercicio; mientras que, los derechos fundamentales son invariables, o sea que, no varían por la forma en que se ejerzan, también son indisponibles, puesto que, se sustraen de las decisiones políticas y del mercado. Así mismo,

*“En virtud de su indisponibilidad activa, no son alienables por el sujeto que es su titular: no puedo vender mi libertad personal o mi derecho de sufragio y menos aún mi propia autonomía contractual. Debido a su indisponibilidad pasiva, no son expropiables o limitables por otros sujetos, comenzando por el Estado: ninguna mayoría, por aplastante que sea, puede privarme de la vida, de la libertad o de mis derechos de autonomía.”<sup>40</sup>*

La primera y segunda diferencia entre los derechos fundamentales y los derechos patrimoniales se relacionan, debido a que,

*“Los derechos patrimoniales son singulares en la medida en que pueden ser objeto de cambio en la esfera del mercado además de resultar [...] susceptibles de expropiación por causa de utilidad pública. Por el contrario, los derechos fundamentales son universales por cuanto excluidos de tal esfera, de manera que nadie puede privarse o ser privado o sufrir disminución en los mismos, sin que con ello dejen de ser iguales o universales y, por consiguiente, fundamentales.”<sup>41</sup>*

De acuerdo con lo mencionado, se evidencia que, los derechos fundamentales terminan siendo un límite para los poderes públicos y para la autonomía de sus titulares, porque ni siquiera voluntariamente pueden alienarse los derechos fundamentales.

En tercer lugar, los derechos patrimoniales tienen “*por título actos de tipo negocial o actuaciones singulares, como contratos, donaciones, testamentos, sentencias, decisiones administrativas, por cuya virtud se producen, modifican o extinguen.*”<sup>42</sup> En cambio, “*los derechos fundamentales tienen su título inmediatamente en la ley, en el*

---

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ibidem. Pág. 31.

<sup>40</sup> Ibidem. Pág. 32.

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> Ibidem. Pág. 33.

*sentido de que son todos ex lege, o sea, conferidos a través de reglas generales de rango habitualmente constitucional*<sup>43</sup> Esto quiere decir que, mientras los derechos fundamentales son normas, los derechos patrimoniales son determinados por normas.

En cuarto lugar, puede decirse que los derechos fundamentales son la relación existente entre el individuo con el Estado, mientras los derechos patrimoniales son la relación entre particulares, es por esto que Ferrajoli de manera más específica, menciona,

*“Ante todo en el sentido de que las relaciones jurídicas mantenidas por los titulares de derechos patrimoniales son relaciones intersubjetivas de tipo civilista [...], mientras las que se producen entre los titulares de los derechos fundamentales son relaciones de tipo publicista, o sea, del individuo (sólo o también) frente al Estado.”*<sup>44</sup>

Por otro lado,

*“En el sentido de que mientras a los derechos patrimoniales corresponden la genérica prohibición de no lesión en el caso de los derechos reales o bien obligaciones de deber en el caso de los derechos personales o de crédito, a los derechos fundamentales, cuando tengan expresión en normas constitucionales, corresponden prohibiciones y obligaciones a cargo del Estado, cuya violación es causa de invalidez de las leyes y de las demás decisiones públicas y cuya observancia es, por el contrario, condición de legitimidad de los poderes públicos.”*<sup>45</sup>

Finalmente, las formas de garantía de los derechos patrimoniales y fundamentales se diferencian en que, en los primeros, las garantías son hipotéticas, o sea que las garantías de estos se encuentran en otras normas del ordenamiento jurídico, por lo que, basta que se cumpla con el supuesto de hecho de incumplimiento y estas garantías se activan. Mientras que, en los segundos, no basta con estipulación normativa del derecho, de acuerdo con Ferrajoli, los derechos fundamentales poseen garantías téticas, lo que implica que, se necesita no una hipótesis normativa sino una hipótesis de actuación, creándose un sistema de garantías de actos de protección, necesitando una garantía positiva, porque sin ella no existe el derecho, una garantía primaria y una garantía secundaria.

Por estos elementos evidenciados, universalidad, inclusividad, indisponibilidad, verticalidad, título y garantías téticas, son importantes los derechos fundamentales en nuestro estudio, sobre todo al estudiar el derecho a la salud que, en principios, podría

---

<sup>43</sup> Ibidem.

<sup>44</sup> Ibidem. Pág. 34.

<sup>45</sup> Ibidem. Pág. 34 - 35.

decirse que cumple con los elementos tratados en este apartado, pero que realmente depende de las condiciones geográficas, sociales, económicas y políticas con las que cuenta Colombia.

### ***Responsabilidad Internacional del Estado con respecto a la protección del derecho fundamental de salud***

De acuerdo con lo observado anteriormente, para nuestro estudio es relevante evidenciar cómo en el ámbito internacional se trata la responsabilidad internacional del Estado con respecto a la protección del derecho fundamental de salud, para lo cual es importante destacar que, entre sus fines esenciales del Estado, está el deber de garantizar los derechos de las personas, sin embargo cuando se evidencia una vulneración en el derecho fundamental a la salud el Estado puede ser declarado responsable internacionalmente, por el incumplimiento no solo de su normativa interna sino también por el incumplimiento de la normativa internacional. La Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) protege el derecho a la vida (Art. 4) y a la integridad personal (Art. 5), por lo que, por conexidad protege el derecho a la salud.

Según Oscar Parra Vera,

“En el Sistema Interamericano se ha establecido responsabilidad internacional del Estado ante la falta de debida inspección, vigilancia y control respecto a la prestación de servicios de salud. Si bien los casos se relacionan con violaciones del derecho a la vida o del derecho de acceso a la justicia, el estándar es útil para entender los alcances del deber de garantía respecto al derecho a la salud.”<sup>46</sup>

De acuerdo con la CADH,

*“Son competentes para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados partes en esta Convención:*

- a) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, [...]*
- b) La Corte Interamericana de Derechos Humanos, [...].”<sup>47</sup>*

---

<sup>46</sup> Parra Vera, O. (2013). Capítulo XXX: La protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Tratado de Derecho a la Salud. Pág. 779. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r32459.pdf>

<sup>47</sup> Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José). (11 de febrero de 1978). Art. 33. Recuperado de: [https://www.oas.org/dil/esp/1969\\_Convenci%C3%B3n\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)

Por lo que, evidenciamos que, en caso de la vulneración del derecho a la salud, tanto la CIDH como la CoIDH pueden ser garantías secundarias, siendo crucial porque se encargan de proteger y garantizar el derecho en caso de que, internamente, el Estado no cumpla su papel como garantía secundaria y se busque reparar a quienes les han vulnerado sus derechos o a sus familias. Siendo importante tener en cuenta que:

- **Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH):** La CIDH tiene entre sus funciones:

*“b) Formular recomendaciones, cuando lo estime conveniente, a los gobiernos de los Estados miembros para que adopten medidas progresivas en favor de los derechos humanos dentro del marco de sus leyes internas y sus preceptos constitucionales, al igual que disposiciones apropiadas para fomentar el debido respeto a esos derechos;*

[...]

*e) Atender las consultas que, por medio de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, le formulen los Estados miembros en cuestiones relacionadas con los derechos humanos y, dentro de sus posibilidades, les prestará el asesoramiento que éstos le soliciten;”<sup>48</sup>*

Por lo que, los Estados que se acogieron a la CADH están obligados a *“proporcionar a la Comisión las informaciones que ésta les solicite sobre la manera en que su derecho interno asegura la aplicación efectiva de cualesquiera disposiciones de esta Convención.”<sup>49</sup>*

Así mismo, la CADH menciona que,

*“Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembros de la Organización, puede presentar a la Comisión peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de esta Convención por un Estado parte.”<sup>50</sup>*

Las peticiones o comunicaciones que se presenten a la CIDH se admitan se requiere que:

---

<sup>48</sup> Ibidem. Art. 41.

<sup>49</sup> Ibidem. Art. 43.

<sup>50</sup> Ibidem. Art. 44.

- “a) Que se hayan interpuesto y agotado los recursos de jurisdicción interna, conforme a los principios del Derecho Internacional generalmente reconocidos;*
- b) Que sea presentada dentro del plazo de seis meses, a partir de la fecha en que el presunto lesionado en sus derechos haya sido notificado de la decisión definitiva;*
- c) Que la materia de la petición o comunicación no esté pendiente de otro procedimiento de arreglo internacional, y*
- d) Que en el caso del artículo 44 la petición contenga el nombre, la nacionalidad, la profesión, el domicilio y la firma de la persona o personas o del representante legal de la entidad que somete la petición.”<sup>51</sup>*

El proceso que se lleva con la CIDH después de admitida la petición o comunicación, cuando se alegue la violación de los derechos plasmados en la CADH, busca que las partes interesadas lleguen a una solución amistosa del conflicto que se base en el respeto de los derechos humanos reconocidos en la Convención. En caso de que se llegue a una solución la CIDH redacta un informe que es transmitido a los interesados y, posteriormente, es comunicado al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos para su publicación. El informe contiene *“una breve exposición de los hechos y de la solución lograda. Si cualquiera de las partes en el caso lo solicitan, se les suministrará la más amplia información posible.”<sup>52</sup>*

Por otro lado, cuando no se llega a una solución,

*“Y dentro del plazo que fije el Estatuto de la Comisión, ésta redactará un informe en el que expondrá los hechos y sus conclusiones. Si el informe no representa, en todo o en parte, la opinión unánime de los miembros de la Comisión, cualquiera de ellos podrá agregar a dicho informe su opinión por separado.”<sup>53</sup>*

Posteriormente, el informe se transmite a los Estados interesados, los cuales no pueden publicarlo. Cuando la CIDH transmita el informe *“puede formular las proposiciones y recomendaciones que juzgue adecuadas.”<sup>54</sup>*

Ahora bien, entre los informes emitidos por la CIDH en los últimos años que podemos destacar para nuestro, teniendo en cuenta que hablan sobre el derecho a la salud y la prestación del servicio de salud por parte de

---

<sup>51</sup> Ibidem. Art. 46, inciso 1.

<sup>52</sup> Ibidem. Art. 49.

<sup>53</sup> Ibidem. Art. 50, Inciso 1.

<sup>54</sup> Ibidem. Art. 50, Inciso 3.

instituciones estatales destacamos: Informe No. 59/14, Caso 12.376, Alba Lucía, Rodríguez (Colombia); Informe No. 40/21, Caso 11.562, Dixie Miguel Urbina Rosales (Honduras); Informe No. 285/22, Caso 14.093, Ernesto Ramírez Berrios (Colombia); Informe No. 61/22, Caso 13.007, José Alfredo Jiménez Mota y familia (México); Informe No. 83/23, Caso 14.196, Oswaldo Payá y Harold Cepero (Cuba); Informe No. 263/23, Caso 13.352, Jurijus Kadamovas y otros (Estados Unidos); Informe No. 264/23, Caso 12.446, Tracy Lee Housel (Estados Unidos); Informe No. 298/23, Caso 11.464, Alberto Augusto Zalles Cueto (Ecuador).

- **Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH):** Según la CADH, *“sólo los Estados partes y la Comisión tienen derecho a someter un caso a la decisión de la Corte.”*<sup>55</sup> Además, para que la CoIDH conozca un caso se debe agotar los procedimientos de los que se encarga la CIDH cuando se alega la violación de los derechos plasmados en la CADH.

La CADH menciona que, cuando la CoIDH decide

*“Que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, [...] dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización de la parte lesionada.”*<sup>56</sup>

De igual forma, la decisión tomada por la CoIDH deberá ser motivada, siendo definitiva e inapelable. Cuando se esté en *“desacuerdo sobre el sentido o alcance del fallo, la Corte lo interpretará a solicitud de cualquiera de las partes, siempre que dicha solicitud se presente dentro de los noventa días a partir de la fecha de la notificación del fallo.”*<sup>57</sup>

Siendo obligatorio el cumplimiento de esta decisión para los Estados parte. Así mismo, la parte que deba dar una indemnización compensatoria puede ejecutar la sentencia de la corte siguiendo el procedimiento interno de su respectivo país para la ejecución de sentencias contra el Estado.

Ahora bien, en distintas oportunidades la CoIDH se ha pronunciado respecto al derecho a la salud y la responsabilidad internacional del Estado<sup>58</sup> cuando: 1) El

---

<sup>55</sup> Ibidem. Art. 61, inciso 1.

<sup>56</sup> Ibidem. Art. 63.

<sup>57</sup> Ibidem. Art. 67.

<sup>58</sup> La CoIDH se ha pronunciado con respecto a la responsabilidad internacional del Estado por la vulneración del derecho a la salud en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal en los siguientes casos: Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) Vs. Perú; Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador; Caso Hernández Vs. Argentina; Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay; Caso I.V. Vs. Bolivia; Caso Ramírez Escobar y otros Vs. Guatemala; Caso Comunidad Indígena Yakyé Axa Vs. Paraguay; Caso Comunidad Indígena Xákmok

Estado no cumple con lo pactado en la CADH, 2) Una institución del Estado ha vulnerado el derecho a la salud que está en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal, 3) El Estado no ha reparado de manera íntegra a la víctima o a su familia. Siendo importante tener en cuenta que, en Colombia, el Estado colombiano en varias ocasiones crea normas que no se apagan al contexto nacional, observándose que, no hace una buena redistribución del presupuesto para fortalecer el sector salud y luego busca adjudicar la responsabilidad por la vulneración del derecho a instituciones que no van a poder realizar la reparación ni evitar que el derecho se siga vulnerando, por lo que, podría ser pertinente la intervención de la CoIDH para garantizar el derecho fundamental a la salud y responsabilizar al Estado por su inadecuada protección y garantía del derecho.

### ***Análisis jurisprudencial de la CoIDH sobre la responsabilidad internacional del Estado con respecto al derecho fundamental a la salud***

Ahora bien, para soportar lo mencionado consideramos prudente realizar un análisis jurisprudencial de los fallos emitidos por la CoIDH sobre la responsabilidad internacional del Estado con respecto al derecho fundamental a la salud que podrían ser tenidos en cuenta en casos de vulneración del derecho en el departamento de Nariño, y en el resto del territorio colombiano, donde es difícil la prestación del servicio, y que incluso podrían llevar a que se mejoren las garantías primarias y secundarias existentes en el país fortaleciendo el sector salud en las zonas donde el único prestador del servicio o I.P.S existente es el Estado, debido a las condiciones del lugar, por las que se debería observar mayor apoyo por parte del orden nacional del Estado. Por ahora, este análisis es crucial dado que la normativa actual no es aplicable al contexto nacional y responsabiliza a quienes no podrán asumir los daños.

Los casos Caso Ximenes Lopes vs Brasil, Caso Poblete Vilche y otros vs Chile y Caso Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala, hablan sobre la prestación deficiente del servicio a la salud en establecimientos de salud estatales, en los que se habla acerca de las obligaciones y los deberes que tiene el Estado en temas de salud, además de la protección y garantía que deben brindarles a sus poblaciones. Por lo que, observamos:

#### **Caso Ximenes Lopes vs Brasil**

---

Kásek Vs. Paraguay; Caso Tibi Vs. Ecuador; Caso Vélez Loor Vs. Panamá; Caso Vera Vera y otra Vs. Ecuador; Caso Pacheco Teruel y otros Vs. Honduras; Caso Mendoza y otros Vs. Argentina; Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador; Caso Rodríguez Revolorio y otros Vs. Guatemala; Caso Montesinos Mejía Vs. Ecuador; Caso Noguera y otra Vs. Paraguay; Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica; Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México; Asunto B. respecto de El Salvador; Caso de la Masacre de Las Dos Erres Vs. Guatemala; Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador; Caso Muelle Flores Vs. Perú; Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina; Caso Furlan y familiares Vs. Argentina; Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala; Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia; Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador; Caso de la "Masacre de Mapiripán" Vs. Colombia.

<b>Fecha</b>	4 de Julio de 2006	<b>Presidente de la CoIDH</b>	Sergio García Ramírez
<b>Hechos</b>	El señor Damião Ximenes Lopes es hospitalizado en una casa de reposo del Estado, debido a que era una persona con discapacidad mental y requería un tratamiento psiquiátrico. Sin embargo, el señor Damião muere debido a las condiciones inhumanas y degradantes a la que fue sometido en la casa de reposo.		
<b>Pretensiones</b>	Se solicita que se declare la responsabilidad internacional del Estado de Brasil, después de la muerte del señor Damião Ximenes Lopes por la violación del derecho a la vida e integridad personal que están consagrados en los art. 4 y art. 5, respectivamente, de la CADH. Además de que se busca que se de la reparación por ello a su familia.		
<b>Consideraciones</b>	<p>En este caso, la CoIDH mencionó que, el Estado tiene el deber de, regular, supervisar y fiscalizar,</p> <p><i>“Las instituciones que prestan servicio de salud, como medida necesaria para la debida protección de la vida e integridad de las personas bajo su jurisdicción, abarca tanto a las entidades públicas y privadas que prestan servicios públicos de salud, como aquellas instituciones que se dedican exclusivamente a servicios privados de salud.”<sup>59</sup></i></p> <p>Entonces, la Corte considera que el deber de regular, supervisar y fiscalizar <i>“la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad”<sup>60</sup></i> es de carácter permanente, de tal forma que, se desanime cualquier amenaza al derecho a la vida e integridad física de las personas que estén sometidas a tratamiento de salud.</p> <p>Por lo que, la falta de ese deber,</p> <p><i>“Genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad</i></p>		

<sup>59</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (4 de julio de 2006). Caso Ximenes Lopes vs Brasil. [Presidente: Sergio García Ramírez]. Pág. 59. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec\\_149\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf)

<sup>60</sup> Ibidem. Pág. 29.

	<p><i>internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud.”<sup>61</sup></i></p> <p>Por otro lado, la Corte considera necesario tener en cuenta, sobre el deber de cuidado que tiene el Estado:</p> <p><i>“En primer lugar, la posición especial de garante que asume el Estado con respecto a personas que se encuentran bajo su custodia o cuidado, a quienes el Estado tiene la obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna.</i></p> <p><i>En segundo lugar, el Tribunal considera que lo anterior se aplica de forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica, ya que la finalidad última de la prestación de servicios de salud es la mejoría de la condición de salud física o mental del paciente, lo que incrementa significativamente las obligaciones del Estado, y le exige la adopción de las medidas disponibles y necesarias para impedir el deterioro de la condición del paciente y optimizar su salud.</i></p> <p><i>Finalmente, los cuidados de que son titulares todas las personas que se encuentran recibiendo atención médica, alcanzan su máxima exigencia cuando se refieren a pacientes con discapacidad mental, dada su particular vulnerabilidad cuando se encuentran en instituciones psiquiátricas.”<sup>62</sup></i></p>
<p><b>Decisión</b></p>	<p>La CoIDH declara a Brasil parcialmente responsable internacionalmente por la violación de los derechos a la vida e integridad personal (arts. 4 y 5 de la CADH, respectivamente) con respecto a la obligación que tiene de respetar y garantizar los derechos (art. 1 de la CADH).</p>

**Tabla 3: Creada a partir de la información otorgada por: Corte Interamericana de Derechos**

<sup>61</sup> Ibidem. Pág. 28.

<sup>62</sup> Ibidem. Pág. 59. Numerales 138 - 140.

Humanos (CIDH). (4 de julio de 2006). Caso Ximenes Lopez vs Brasil. [Presidente: Sergio García Ramírez]. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec\\_149\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf)

<b>Caso Poblete Vilche y otros vs Chile</b>			
<b>Fecha</b>	8 de marzo de 2018	<b>Presidente</b>	Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot
<b>Hechos</b>	<p>El señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, quien era un adulto mayor, ingresó en dos oportunidades al hospital público Sótero del Río, el 17 de enero y el 7 de febrero de 2001, donde falleció en la última fecha. En dos momentos el personal médico del hospital se abstuvo de obtener el consentimiento informado para la toma de decisiones en materia de salud, el primero para un procedimiento realizado el 26 de enero de 2001 durante el primer ingreso al hospital, así como en la decisión de mantenerlo en “tratamiento intermedio” en las horas anteriores a su muerte en el segundo ingreso al hospital. La Comisión concluyó que existen suficientes elementos para considerar que la decisión de dar de alta a Vinicio Antonio Poblete Vilches y la manera en que la misma se realizó, pudo tener incidencia en el rápido deterioro que sufrió en los días inmediatamente posteriores a su salida del hospital y su posterior muerte cuando ingresó nuevamente en grave estado de salud. Igualmente, no se le brindó el tratamiento intensivo que necesitaba en su segundo ingreso al hospital y las investigaciones a nivel interno no fueron realizadas con la debida diligencia y en un plazo razonable.</p>		
<b>Pretensiones</b>	<p>Se busca declarar la responsabilidad internacional del Estado de Chile por las acciones y omisiones que llevaron a la muerte al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, por la violación del derecho a la vida e integridad personal que están consagrados en los art. 4 y art. 5, respectivamente, de la CADH. Así mismo, se busca la reparación a su familia por el daño causado tras la muerte del señor Vinicio.</p>		
<b>Consideraciones</b>	<p>La Corte reiteró que el derecho a la salud “es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos.”<sup>63</sup> por lo que, todos los seres humanos tienen “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud”<sup>64</sup>. Lo cual llevó a la CoIDH a precisar que,</p>		

<sup>63</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (8 de marzo de 2018). Caso Poblete Vilches y otros vs Chile. [Presidente: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot]. Pág. 39. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_349\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf)

<sup>64</sup> Ibidem.

la obligación de proteger el derecho a la salud “se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.”<sup>65</sup>

Ahora bien, con respecto a la operatividad de esa obligación, la Corte indica que, “los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad.”<sup>66</sup>

Así mismo, se tiene en cuenta, la Observación General No. 14 del Comité DESC, donde se resaltan unos elementos esenciales e interrelacionados, que deben cumplirse en el área de salud, como lo son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La CoIDH ha mencionado que, en cuanto a las prestaciones médicas de urgencia, los Estados deben garantizar, los siguientes estándares:

“a) Respecto a la calidad, se debe contar con la infraestructura adecuada y necesaria para satisfacer las necesidades básicas y urgentes. Esto incluye cualquier tipo de herramienta o soporte vital, así como también disponer de recurso humano calificado para responder ante urgencias médicas.

b) Respecto a la accesibilidad, los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en los derechos humanos.

c) Respecto a la disponibilidad, se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.

---

<sup>65</sup> Ibidem.

<sup>66</sup> Ibidem.

d) Respecto de la aceptabilidad, los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados. Además, deberán incluir una perspectiva de género, así como de las condiciones del ciclo de vida del paciente. El paciente debe ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento, y frente a ello respetar su voluntad.”<sup>67</sup>

Como condición transversal de la accesibilidad, la Corte dice que,

“El Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud, por lo que [...] son permitidos tratos discriminatorios, “por motivos de raza, color, sexo, [...] posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social””<sup>68</sup>

Lo cual lleva a la Corte a reiterar que,

“El derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.”<sup>69</sup>

Finalmente, se resalta que, uno de los deberes del Estado es “prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.”<sup>70</sup> o sea que,

“Cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, la atribución de responsabilidad puede surgir por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el

---

<sup>67</sup> Ibidem. Pág. 40.

<sup>68</sup> Ibidem.

<sup>69</sup> Ibidem. Pág. 41.

<sup>70</sup> Ibidem.

	<p><i>bien respectivo.</i><sup>71</sup></p> <p>Entonces,</p> <p><i>“Una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente”. De esta forma, dicha obligación de supervisión y fiscalización se debe actualizar de manera constante, particularmente cuando de los servicios de urgencia médica se trate.</i><sup>72</sup></p>
<b>Decisión</b>	<p>La CoIDH declara a Chile parcialmente responsable internacionalmente por la violación del derecho a la salud, en conexidad con el derecho a la vida (art. 4 de la CADH, respectivamente) con respecto a la obligación que tiene de respetar y garantizar los derechos (art. 1 de la CADH).</p>

Tabla 4: Creada a partir de la información otorgada por: Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (8 de marzo de 2018). Caso Poblete Vilches y otros vs Chile. [Presidente: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot]. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_349\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf)

<b>Caso Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala</b>			
<b>Fecha</b>	23 de agosto de 2018	<b>Presidente</b>	Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot
<b>Hechos</b>	<p>Entre los años de 1992 y 2003, 49 personas fueron diagnosticadas con VIH. Hasta los años 2006 y 2007 hubo una falta total de atención médica estatal a dicho grupo de personas en su condición de personas que viven con el VIH y además en situación de pobreza, y determinó que esta omisión tuvo un grave impacto en su situación de salud, vida e integridad personal. A partir de 2006-2007 el Estado implementó algún tratamiento para las personas que viven con el VIH, pero la atención no fue integral ni adecuada, por lo tanto, estas deficiencias continuaron violando los derechos a la salud, vida e integridad personal en perjuicio de las víctimas sobrevivientes. De estas 49 personas, 8 murieron como consecuencia de enfermedades conocidas como oportunistas, o por un periodo largo de tiempo en el que</p>		

<sup>71</sup> Ibidem.

<sup>72</sup> Ibidem.

	<p>presuntamente no recibieron la atención que necesitaban por parte del Estado o hubo una atención deficiente. Además, no se dio una protección judicial efectiva a las presuntas víctimas. Finalmente, los familiares de las presuntas víctimas, sufrieron afectaciones a su integridad psíquica y moral.</p>
<p><b>Pretensiones</b></p>	<p>En este caso, las víctimas y las familia de la víctimas solicitan que se declare la responsabilidad internacional de Guatemala, por la violación del derecho a la salud en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal que están consagrados en los art. 4 y art. 5, respectivamente, de la CADH.</p>
<p><b>Consideraciones</b></p>	<p>La CoIDH reconoció el derecho a la salud como un derecho humano que es fundamental e indispensable para que se de un adecuado ejercicio de los demás derechos humanos, por lo que, todos los seres humanos tienen derecho al más alto nivel de disfrute posible de la salud, que permita vivir dignamente. La Corte entiende la salud <i>“no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral.”</i><sup>73</sup></p> <p>Entonces, para la CoIDH, la obligación de protección del derecho a la salud implica <i>“el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.”</i><sup>74</sup> La corte adoptó</p> <p><i>“La Observación General No. 14 del Comité DESC sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En particular, en dicha Observación destacó que el derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada, así como los siguientes elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada estado”</i><sup>75</sup></p> <p>Concluyendo que, <i>“el derecho a la salud se refiere al derecho de toda persona a gozar del más alto nivel de bienestar físico,</i></p>

<sup>73</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (23 de agosto de 2018). Caso Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala. [Presidente: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot]. Pág. 39. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_359\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf)

<sup>74</sup> Ibidem.

<sup>75</sup> Ibidem.

	<i>mental y social.</i> <sup>76</sup>
<b>Decisión</b>	El Estado es declarado responsable internacionalmente por la violación del derecho a la salud, en perjuicio de las 49 personas listadas como víctimas. El Estado también es responsable por la violación de la prohibición de discriminación en relación con la obligación de garantizar el derecho a la salud. Finalmente, el Estado es responsable por la violación al principio de progresividad.

Tabla 5: Creada a partir de la información otorgada por: Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (23 de agosto de 2018). Caso Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala. [Presidente: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot]. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_359\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf)

En los tres casos puede evidenciarse la importancia de la protección y garantía del derecho a la salud que está en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal (art. 4 y 5 de la CADH), siendo un derecho, del que la CoIDH considera que, debe gozar toda persona, evidenciándose el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, en otras palabras, debe haber un estado completo de bienestar. Este derecho también implica la atención a la salud oportuna y apropiada, por lo que, los Estados deben proteger y garantizar este derecho de manera que sea de calidad, accesible, disponible y aceptable. Lastimosamente, mucho se habla de que el Estado es un prestador ineficiente y en temas de salud en lugar de protección y garantía se evidencia que el mayor vulnerador de este derecho es el Estado, sus instituciones y su personal.

Siendo importante destacar que, para la CoIDH,

*“La responsabilidad estatal puede surgir cuando un órgano o funcionario del Estado o de una institución de carácter público afecte indebidamente, por acción u omisión, algunos de los bienes jurídicos protegidos por la Convención Americana. También puede provenir de actos realizados por particulares, como ocurre cuando el Estado omite prevenir o impedir conductas de terceros que vulneren los referidos bienes jurídicos.”<sup>77</sup>*

De los casos analizados deben destacarse: 1) La obligación que tiene el Estado de regular, supervisar y fiscalizar las instituciones que presten el servicio de salud, y, 2) La obligación de cuidado que tiene el Estado con las personas a quienes se les presta el servicio. La CoIDH menciona con respecto a la primera que, cuando el Estado no adopte una vigilancia *“será responsable internacionalmente frente a todas las actuaciones que realicen las entidades y en relación con la violación de los derechos reconocidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos”<sup>78</sup>*, es decir que,

<sup>76</sup> Ibidem. Pág. 40.

<sup>77</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (22 de noviembre de 2007). Caso Albán Cornejo y otros vs Ecuador. [Presidente:]. Pág. 35. Recuperado de: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_171\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf)

<sup>78</sup> Sanabria Moyano, J., Merchán López, C. y Saavedra Ávila, M. (2019). Estándares de protección del Derecho Humano a la salud en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El Ágora USB, Vol. 19. (Núm.1). Medellín, Colombia. Pág. 136. Recuperado de: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/3459>

la simple regulación del derecho a la salud no es suficiente, sino que debe verificarse de acuerdo con las condiciones del territorio si la normativa existente puede aplicarse o no, en cuyo caso debe darse una regulación que se adapte a las condiciones del territorio. Por lo que, el Estado no puede alegar solo la regulación de un derecho fundamental si no que debe garantizar también la supervisión y fiscalización y, por lo tanto, no comprobar las condiciones en que la normativa se está aplicando lo convierte en responsable internacionalmente en caso de que esa regulación no sea suficiente para la protección y garantía del derecho a la salud.

En Colombia la regulación específica sobre la salud la realiza el Ministerio de Salud y Protección Social, la supervisión y fiscalización se realiza por parte de la Superintendencia de Salud y, en el caso específico del departamento de Nariño se le encarga la supervisión, vigilancia y control de la resolución 3100 de 2019 al IDSN. Sin embargo, no se ha buscado modificar esta última normativa existente de modo que tenga en cuenta situaciones externas al área de salud que dificultan su prestación a la población colombiana, observándose que no tener en cuenta estas condiciones hacen inaplicable la normativa en las zonas apartadas del país donde solo hay un único prestador del servicio a la salud o una única I.P.S.

Así mismo, sobre la segunda obligación, evidenciamos que el Estado tiene un deber de cuidado con respecto a

*“Las personas internadas en las instituciones o entidades prestadores del servicio de salud, esto genera una posición de garante del Estado ante las posibles violaciones de derechos humanos por parte de estas, el Estado tiene el deber de salvaguardar la vida e integridad personal, siendo estos los derechos más afectados por parte de estas entidades, sin dejar de lado otros derechos.”<sup>79</sup>*

Sin embargo, en Colombia se da una omisión de esta posición de garante, siendo el mismo Estado quien vulnera este derecho en lugar de garantizarlo y protegerlo, lo cual lleva a que se genere una responsabilidad internacional del Estado por el incumplimiento del deber de cuidado.

## **Capítulo II: Derecho a la salud como derecho fundamental en Colombia**

Después de la declaración de Alma - Ata de 1978<sup>80</sup>, la cual establece la atención primaria de salud con el fin de lograr una salud para todos, se ha buscado alcanzar el bienestar y la cobertura universal en salud de las personas. En Colombia, con la expedición de la Constitución Política de 1991<sup>81</sup>, se buscó garantizar el servicio de salud por parte del Estado a toda la población del territorio colombiano, sin embargo,

---

<sup>79</sup> Ibidem. Pág. 137.

<sup>80</sup> Organización Panamericana de Salud. (1978). Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

<sup>81</sup> Constitución Política. (1991). Artículo 49. Recuperado de: <http://secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>

el derecho a la salud no fue reconocido expresamente en la Constitución como un derecho fundamental, sino que, como menciona Elena Cárdenas Ramírez, se consagró como,

*“Un derecho económico, social y cultural, es decir, un derecho de segunda generación, que posteriormente fue reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental. Asimismo, el derecho a la salud ha sido reconocido por los instrumentos internacionales contenidos en los tratados internacionales sobre derechos humanos que fueron ratificados por Colombia, también como un derecho fundamental.”<sup>82</sup>*

Fue hasta 2015 que, después de un gran desarrollo jurisprudencial<sup>83</sup> que se dio por la conexidad de este derecho con derechos fundamentales como el de la vida, la dignidad humana y la integridad personal, el Estado colombiano expidió la Ley Estatutaria 1751 de 2015, donde en su artículo primero mencionó que la ley tenía como objeto *“garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.”*<sup>84</sup> Constituyéndose apenas, y después de 24 años de expedida la Constitución Política, el derecho a la salud como derecho fundamental, además de su regulación y sus mecanismos de protección. Lo mencionado puede observarse, entre otras, en la Sentencia T- 1178 de 2003, donde se menciona que,

*“En reiteradas oportunidades la Corte Constitucional ha sido consistente en establecer que, aunque el derecho a la salud tiene un contenido prestacional que en principio no puede ser protegido por medio de la acción de tutela, bajo especiales condiciones es posible que sea tutelado cuando de su garantía depende la satisfacción de otro derecho de carácter fundamental como la vida.*

*Así, la Corte ha señalado que cuando el derecho a la salud o la seguridad social se encuentran en conexidad con el derecho a la vida, es procedente la protección constitucional, en tanto con ella puede evitarse la vulneración o puesta en peligro de la integridad física o mental de la persona que solicita el amparo. De ésta manera ha indicado que, “la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos, las cirugías, la entrega de medicamentos, etc., pueden ser objeto de protección por vía de tutela, en situaciones en que la salud*

---

<sup>82</sup> Cárdenas Ramírez, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. Universidad del Norte. Revista de Derecho. Número 40. (Págs. 213 - 214). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dere/n40/n40a08.pdf>

<sup>83</sup> Entre las sentencias que se puede destacar sobre el tema emitidas por la Corte Constitucional, evidenciamos las sentencias: T- 491 de 1992, T - 494 de 1993, T- 395 de 1998, T - 926 de 1999, T - 373 de 2001, T - 636 de 2001, T-1081 de 2001.

<sup>84</sup> Congreso de la República. (2015). Ley 1751 de 2015 [Ley Estatutaria de Salud]. D.O. 49.427. Artículo 1. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

*adquiere por conexidad con el derecho a la vida, el carácter de derecho fundamental”.*

*Teniendo establecida la posibilidad que existe de tutelar el derecho a la salud en conexidad con la vida, es del caso señalar como se hiciera en anteriores oportunidades, que el concepto de vida involucra un contenido que no descansa en la mera existencia biológica sino en el desarrollo vital en condiciones dignas. Por tal razón, la protección por vía de tutela resulta procedente no sólo en aquellos eventos en que la persona se encuentra en grave peligro de muerte sino en aquellas circunstancias en las cuales se coloque al sujeto en condiciones inferiores a las que su naturaleza humana le demande.”<sup>85</sup>*

Así mismo, debe tenerse en cuenta que,

*“Precisamente en el devenir histórico verificable de la determinación de la salud como un derecho nos encontramos que el derecho a la salud está prolijamente regulado en los instrumentos jurídicos de carácter internacional, consagración de la cual se puede colegir que el derecho a la salud es un derecho humano, universal, vinculante e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Es un derecho social, inclusivo, interdependiente con otros derechos. Entraña libertades y derechos, se reconoce la salud como un bien público, garantizado por los estados parte. Es un derecho que leído en el contexto del Estado social implica la dignificación del ser humano y la búsqueda de su bienestar integral.*

*Efectivamente el derecho a la salud fue consagrado como un derecho humano en la Declaración Universal de Derechos Humanos. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, el derecho a la salud es consagrado como un derecho a la preservación de la salud y al bienestar. Precisamente en 1966, por medio del PIDESC, se determina el derecho a la salud como un derecho social al reconocerse como “... el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ...”<sup>86</sup>*

Por tanto, es importante destacar que, la importancia del derecho a la salud como derecho fundamental no solo viene del ordenamiento nacional, sino que también ha sido reconocido como tal por el ordenamiento internacional, ya que, se considera que

---

<sup>85</sup> Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión. (4 de diciembre de 20023). Sentencia T- 1178 de 2003. [M.P. Jaime Araujo Rentería]. III. Consideraciones y fundamentos de la Corte. 3. Derecho a la salud en conexidad con la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-1178-03.htm>

<sup>86</sup> Gañan Ruiz, J. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Estudios de Derecho. Vol. 68, Núm. 151. (Pág. 193). Recuperado de: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2266/1/De%20la%20naturaleza%20jur%c3%addica%20del%20derecho%20a%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

toda persona tiene derecho a disfrutar de una buena salud, no solo física sino también mental, teniendo este último un desarrollo jurisprudencial en Colombia más amplio recientemente<sup>87</sup>.

Ahora bien, para nuestro estudio es importante profundizar en la conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, debido a que, como se mencionó anteriormente, el concepto de vida no solo involucra un contenido de mera existencia biológica, sino también de desarrollo vital en condiciones dignas.

El derecho a la vida aparece en la Constitución de 1991 expresamente como derecho fundamental en su Título II, Capítulo I, donde menciona que *“el derecho a la vida es inviolable. [...]”*<sup>88</sup> Este enunciado implica que, el Estado tiene la responsabilidad de asegurar no solo la supervivencia física de sus ciudadanos, sino también su bienestar general, ofreciendo así condiciones de salud adecuadas.

De acuerdo con la Corte Constitucional, jurisprudencialmente se ha desarrollado un concepto amplio del derecho a la vida donde este no se entiende como la mera existencia biológica, *“sino como un derecho cualificado que implica el reconocimiento y búsqueda de una vida digna.”*<sup>89</sup> esto, debido a que,

*“El derecho a la vida en sí mismo considerado, no es un concepto restrictivo que no se limita solamente a la idea reducida de peligro de muerte, sino que es un concepto que se extiende a la posibilidad concreta de recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud, en la medida en que ello sea posible, cuando éstas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna.”*<sup>90</sup>

De igual forma, la Corte agrega que el derecho fundamental a la vida,

*“Expresa una relación necesaria con la posibilidad que les asiste a todas las personas de desarrollar dignamente todas las facultades inherentes al ser humano. Sin duda, cuando se habla de la posibilidad de existir y desarrollar*

---

<sup>87</sup> La Corte Constitucional ha desarrollado el derecho fundamental de salud en materia mental recientemente, en sentencias como la T - 010 de 2016, T - 336 de 2018, T - 050 de 2019, T - 012 de 2020.

<sup>88</sup> Constitución Política. (1991). Artículo 11. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

<sup>89</sup> Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

<sup>90</sup> Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión (18 de febrero de 1999). Sentencia T - 096 de 1999. [M.P. Alfredo Beltrán Sierra]. Citado por: Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

*un determinado proyecto de vida, es necesario pensar en las condiciones que hagan posible la expresión autónoma y completa de las características de cada individuo en todos los campos de la experiencia.”<sup>91</sup>*

Finalmente, la Corte ha mencionado que, *“un concepto restrictivo de protección a la vida, que desconociera las anteriores precisiones, llevaría automáticamente al absurdo de la negación del derecho a la recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud y vida, de las personas.”<sup>92</sup>* Además, *“la búsqueda de un óptimo estado de salud es inherente al concepto de vida digna. Si se obstaculiza la consecución del mismo, se está incurriendo, en consecuencia, en una vulneración al derecho a la vida.”<sup>93</sup>*

### ***El derecho a la salud desde su faceta preventiva (NO asistencial)***

En este contexto, la salud no debe ser vista como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar. Esto conduce a la necesidad adoptar un enfoque preventivo en el ejercicio del derecho a la salud. Pues, debemos entender a este enfoque como la acción de proporcionar atención médica integral, no únicamente en el momento de la enfermedad; al contrario, debe ser un servicio de alta calidad, que posibilite llevar un control sobre el bienestar del individuo, con intervenciones y controles que prevengan o disminuyan la posibilidad de enfermedad o de padecimientos graves.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 estableció los cimientos del Sistema General de Salud, con el objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud y promover la prevención. No obstante, a pesar de los progresos en el ámbito legislativo, siguen existiendo significativos desafíos en la ejecución de programas preventivos efectivos, los cuales a menudo quedan en un segundo plano en comparación con la atención asistencial. De acuerdo con la ley en mención,

*“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una*

---

<sup>91</sup> Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión de Tutelas. (18 de noviembre de 1999). Sentencia T - 926 de 1999. [M.P. Carlos Gaviria Díaz]. Citado por: Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

<sup>92</sup> Corte Constitucional. (27 de mayo de 1998). Sentencia T - 260 de 1998. [M.P. Fabio Moron Diaz]. Citado por: Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

<sup>93</sup> Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

*calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.”<sup>94</sup>*

Se menciona la intención de asistir a la persona en situación de contingencia, no preventiva. Esta última, es de suma importancia para mejorar el bienestar de las personas, pues, abarca incentivar buenos hábitos, que debería ser un elemento fundamental en la política pública. El Estado a través de sus instituciones debe proporcionar herramientas para la prevención de factores de riesgo que generan enfermedades o que impiden el acceso a salud de calidad.

Tal como menciona, Jaime León Gañan Ruiz,

*“El derecho a la salud se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44 y 49 de nuestra actual Constitución Política como un derecho inherente a la persona. Según un primigenio criterio formalista de interpretación el derecho a la salud fue considerado como un derecho meramente prestacional debido a su ubicación topográfica en dicha Constitución. De allí, y por influjo directo de las consideraciones jurisprudenciales de la Corte Constitucional, parece haberse reconocido como un derecho fundamental per se. El derecho a la salud analizado en clave del Estado social es un verdadero derecho fundamental, por ello, debe ser protegido por todas las garantías constitucionales y legales propias de tal tipo de derechos.”<sup>95</sup>*

Por lo tanto, así como las instituciones deben prever, necesariamente, el carácter prestacional, no es suficiente, pero, aun así, es una prestación que falla en el sistema de atención en diferentes zonas marginadas de Colombia.

### ***El derecho a la salud y la carga prestacional: tratamientos y medicamentos***

El Plan Obligatorio de Salud (POS), que,

*“En Colombia se estableció la meta de garantizar el acceso a los servicios de salud con un plan de beneficios igual para toda la población (Ley 100, 1993). Este plan, conocido inicialmente como plan obligatorio de salud (POS) y actualmente como plan de beneficios en salud (PBS), se constituyó en un mecanismo para hacer explícito el conjunto de servicios y tecnologías a los que*

---

<sup>94</sup> Congreso de la República. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. D.O. 41.148. Preámbulo. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

<sup>95</sup> Gañan Ruiz, J. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Estudios de Derecho. Vol. 68, Núm. 151. (Resumen). Recuperado de: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2266/1/De%20la%20naturaleza%20jur%20c3%addica%20del%20derecho%20a%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

*podría acceder la población según el régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). No obstante, a partir de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751, 2015) se dio paso a un plan implícito, de manera que todo lo que no está excluido expresamente se entiende cubierto por el PBS.*

[...]

*Inicialmente se tenía un plan obligatorio de salud (POS) y posteriormente, con la Ley Estatutaria de Salud, se pasó a un plan de beneficios en salud (PBS). Con la actualización del plan de beneficios en 2021 (resolución 2292) se avanza hacia un concepto de plan de beneficios integral”<sup>96</sup>*

De esta manera se observa que se tiene como objetivo

*“Brindar educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica, en los diferentes niveles de complejidad.”<sup>97</sup>*

El PBS, actúa en respuesta del Estado de cumplir con la responsabilidad de proporcionar de manera efectiva y oportuna los tratamientos y medicamentos, entendiendo a estos últimos según lo señala el Plan de Beneficios.

*“El medicamento que se analiza debe coincidir tanto en principio activo, concentración y forma farmacéutica con los descritos en la normatividad vigente y debe utilizarse en los usos que la columna de aclaraciones señala como cuando no se hace una aclaración específica, se considera cubierto para todas las indicaciones aprobadas en Colombia.”<sup>98</sup>*

Es importante mencionar que, el acceso a estos recursos médicos y tratamientos, no únicamente influyen en el estado de salud de las personas, sino que impacta poblacionalmente, pues la falta de acceso o proveer estos activos generan una afectación directa al derecho fundamental de salud. Teniendo en cuenta lo anterior, la Corte Constitucional en la sentencia T-760 del 2008 manifiesta,

---

<sup>96</sup> Casas Bustamante, L. (2022). Observador del GES N°18: Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia. Observatorio Universidad de Antioquia. Pág. 2. Recuperado de: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/36f4fa16-5948-4643-81eb-5a7370ce1fdb/Observador+del+GES+No.+18.pdf?MOD=AJPERES&CVID=o9.bJa9>

<sup>97</sup> Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. (s.f). Plan Obligatorio de Salud. Conferencia Regional sobre Población y desarrollo (CEPAL). Organización de las Naciones Unidas (ONU). Recuperado de: <https://consensomontevideo.cepal.org/es/instrumento/plan-obligatorio-de-salud-pos>

<sup>98</sup> Ministerio de Salud. (2014). Todo lo que usted debe saber sobre el plan de beneficios - POS. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>

*“Toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios médicos contemplados dentro de los planes obligatorios de salud. Así pues, ‘no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud. La jurisprudencia ha precisado las condiciones en las cuales la vulneración al derecho a acceder a un servicio fundamental a la salud es tutelable, en los siguientes términos: una persona inscrita en el régimen de salud contributivo o subsidiado tiene derecho a reclamar mediante acción de tutela la prestación de un servicio de salud cuando éste (i) está contemplado por el Plan Obligatorio de Salud (POS o POS-S), (ii) fue ordenado por su médico tratante adscrito a la entidad prestadora del servicio de salud correspondiente, (iii) es necesario para conservar su salud, su vida, su dignidad, su integridad, o algún otro derecho fundamental y (iv) fue solicitado previa-mente a la entidad encargada de prestarle el servicio de salud, la cual o se ha negado o se ha demorado injustificadamente en cumplir su deber. La Corte Constitucional ha concedido el amparo de tutela en casos similares, una vez verificadas las condiciones aquí señaladas. En otras palabras, toda persona tiene derecho a acceder a los servicios que requiera, contemplados dentro del plan de servicios del régimen que la protege.”<sup>99</sup>*

Así pues, se establece que la disponibilidad de los medicamentos y tratamientos es un elemento de vital importancia para salvaguardar el derecho a la salud. Sin embargo, a pesar de las manifestaciones jurisprudenciales y normativas de su protección, aún se presentan zonas del país donde se encuentra insatisfecha por la ausencia de la obligación prestacional de proveer estos elementos, poniendo así, en riesgo la salud, y la calidad de vida de las personas.

Por lo mencionado, en nuestro estudio es importante tener en cuenta garantías primarias como la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), que actúa, con el objetivo de *“proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna.”<sup>100</sup>*

---

<sup>99</sup> Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. (31 de julio de 2008). Sentencia T - 760 de 2008. [M.P. Manuel José Cepeda Espinosa]. II. Consideraciones y Fundamentos. 4. El acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz, garantizado por el derecho fundamental a la salud. 4.4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad. 4.4.3. Acceso a los servicios que se requieran, incluidos y no incluidos dentro de los planes obligatorios. (4.4.3.1). Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

<sup>100</sup> Superintendencia de Salud. (2023). Misión y visión. Recuperado de: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/mision-y-vision#:~:text=La%20Superintendencia%20Nacional%20de%20Salud%20cumplir%C3%A1%20las%20siguientes%20funciones%3A,de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.>

La Supersalud desempeña funciones clave en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, algunas de las más importantes son: la inspección, vigilancia y control del sistema, asegurar el cumplimiento normativo y la protección de los derechos de los usuarios. También ejerce control sobre la gestión de riesgos, para así, garantizar la libertad en la prestación de servicios de salud. Además, es responsable de sancionar irregularidades, y asegurar la calidad y eficiencia de los servicios. Así pues, se convierten esenciales las funciones realizadas por esta entidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, también se desempeña como garantía primaria, pues,

*“Es la entidad del Estado colombiano que se encarga de formular, dirigir y evaluar la política pública de la prestación del servicio de salud, la protección social y el aseguramiento, además de coordinar a todos los actores que intervienen en los diferentes procesos. Para cumplir su misión institucional, está soportado en dos viceministerios: De Salud Pública y Prestación de Servicios y de Protección Social. En la misma línea jerárquica se encuentra la Secretaría General, encargada de apoyar al despacho en asuntos administrativos.”<sup>101</sup>*

Así pues, evidenciamos que protagoniza un papel fundamental en la creación de políticas públicas y en la supervisión de la implementación de programas de salud en el país, lo que impacta directamente la efectividad de nuestro análisis.

Por otro lado, podemos encontrar garantías secundarias como la acción de tutela que se lleva a cabo por cualquier juzgado, tribunal o Corte, y puede ser presentada por cualquier persona que considere que se le está violando el derecho fundamental a la salud, de igual forma, la Corte Constitucional ha mencionado que la acción de tutela, en materia de salud, se da cuando,

*“Existe necesidad de tutelar el derecho a la salud, cuando haya certeza sobre la vulneración o amenaza de derechos constitucionales con carácter fundamental en cualquier grado y no solamente cuando la vulneración o amenaza de tales derechos sea muy grave; es decir, no debe esperarse a estar al borde de una negación completa de los derechos vinculados con el derecho a la salud, para que su tutela proceda.”<sup>102</sup>*

---

<sup>101</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). ¿Qué es el Ministerio de Salud y Protección Social?. (Pág. 1). Recuperado de: [https://ciudadanos.sectorsalud.gov.co/instituciones/sector-salud/Documents/MINISTERIO%20DE%20SALUD%20Y%20PROTECCI%C3%93N%20SOCIAL%20\(V%202\).pdf](https://ciudadanos.sectorsalud.gov.co/instituciones/sector-salud/Documents/MINISTERIO%20DE%20SALUD%20Y%20PROTECCI%C3%93N%20SOCIAL%20(V%202).pdf)

<sup>102</sup> Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho

Entonces,

*“La tutela puede prosperar no solo ante circunstancias graves que tengan la idoneidad de hacer desaparecer en su totalidad el derecho, sino ante eventos que puedan ser de menor gravedad pero que perturben el núcleo esencial del derecho a la vida y tengan la posibilidad de desvirtuar claramente ese derecho o la calidad de vida de las personas, atendiendo cada caso específico.”<sup>103</sup>*

Así mismo, podemos evidenciar, los procesos judiciales por responsabilidad y los derechos de petición en el ámbito del derecho a la salud. Pues, el derecho de petición es un mecanismo que se establece para proteger y salvaguardar las posibles vulneraciones del derecho a la salud. Por otra parte, en los procesos judiciales a través de la administración de justicia se puede responder a los ciudadanos que han sufrido vulneraciones sean estas provocadas por personal de salud, instituciones públicas o privadas, o por fallos en el sistema del Estado.

### **Capítulo III**

#### **Territorios del Departamento de Nariño que presentan problemas en la garantía primaria por falta de oferta privada de servicios de salud**

En este capítulo se busca determinar cuáles son las situaciones externas a la prestación del servicio a la salud que dificultan la prestación del servicio y desincentivan a la competencia con respecto a la oferta de los servicios de salud. Para ello es importante tener en cuenta que, aunque dentro del sector salud existen algunas variables que dificultan la prestación del servicio como la corrupción, la falta de personal capacitado, la negligencia de los médicos o instituciones del servicio a la salud, entre otras; hay situaciones externas al sector que no solo dificultan la prestación del servicio, sino que también desincentiva la competencia, generando que el único prestador del servicio de salud en el área sea el Estado.

Así evidenciamos que, a pesar de que no son tomados en cuenta para varios de los indicadores del sector salud, es importante el papel que en ciertas zonas juega la convergencia de fenómenos naturales, el conflicto armado, la falta de agua potable y la falta de conectividad entre municipios, de tal forma que, aunque no muchos miran la relevancia de estas variables, son esenciales a la hora de que un particular o una comunidad organizada consideren ofertar el servicio de salud en ciertas zonas, puesto que, desde el estudio económico que ellos realizan pueden calcular el costo -

---

a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

<sup>103</sup> Corte Constitucional. (27 de mayo de 1998). Sentencia T - 260 de 1998. [M.P. Fabio Moron Diaz]. Citado por: Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. IV. Consideraciones de la Corte Constitucional. A. Fundamentos. 1. Derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida en condiciones dignas. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

beneficio de ofertar el servicio, lo cual puede incentivarlos o desincentivarlos. Las zonas que cuentan con indicadores negativos de esas variables pueden considerarse zonas vulnerables y críticas al momento de la prestación del servicio de salud, debido a que, pueden evitar la prestación del servicio o dificultarla.

Por lo que, en principio, es crucial entender, cómo funciona la salud como servicio público en Colombia, observándose que, con la expedición de la Constitución Política en 1991<sup>104</sup> se establece que la salud es un servicio público cuya prestación debe ser garantizada por el Estado. Además, los principios que rigen la prestación de los servicios públicos nos indican que la prestación de estos debe ser de calidad, eficiente, continua e ininterrumpida.

Ahora bien, para nuestro estudio también es importante tener presente el concepto de competencia y la falta de ella con respecto a la prestación del servicio a la salud, de acuerdo con la Constitución Política, *“la actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. [...]”*<sup>105</sup>, lo cual implica que, *“la libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades.”*<sup>106</sup> Así mismo,

*“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.*

*Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. [...]”*<sup>107</sup>

Lo cual quiere decir que, el Estado, los particulares o comunidades organizadas pueden encargarse de la prestación del servicio de salud. Cuando varias instituciones creadas por el Estado, los particulares o comunidades organizadas participan en la prestación del servicio de salud en un mismo territorio determinado puede decirse que existe competencia, sin embargo, a falta de particulares o comunidades organizadas que quieran prestar el servicio en un determinado territorio es el Estado quien debe prestar el servicio, asegurando la prestación eficiente del mismo y el cumplimiento de este fin social inherente al Estado. De acuerdo con esto, las zonas donde es el Estado quien debe prestar el servicio son esas zonas donde a los particulares o comunidades organizadas no les interesa prestar el servicio, debido a que, el costo de la prestación del servicio es demasiado alto comparado al beneficio o utilidades que recibirán a cambio de la oferta del mismo.

---

<sup>104</sup> Constitución Política. (1991). Artículo 49. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

<sup>105</sup> Ibidem. Artículo 333, inciso 1.

<sup>106</sup> Ibidem. Artículo 333, inciso 2.

<sup>107</sup> Ibidem. Artículo 365.

El mejor ejemplo sobre lo mencionado puede verse en el estudio realizado por Alfredo Sarmiento, Wilma Castellanos, Angélica Nieto y Carlos Alonso, quienes tomaron como muestra 834 I.P.S públicas que habían reportado información al Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), verificando que,

*“La tasa nacional de camas hospitalarias públicas era de 0,74 por mil habitantes, muy por debajo del promedio de países del cono sur (3,4 por mil habitantes) y de la región Andina (1,4 por mil habitantes). También concluyeron que el equipamiento para urgencias era deficitario y las salas de cirugías públicas casi inexistentes. Debido a que en los municipios de mejor situación económica existen prestadores privados y mixtos, los autores presumían que la oferta sanitaria era mayor en estas localidades. Consideraron que existía un buen aprovechamiento de los insumos y que el hecho de que los hospitales de segundo nivel los emplearan más que los del tercero, podría explicarse porque estos últimos se ubicaban en grandes y medianas ciudades en donde los hospitales privados descongestionarían los públicos.”<sup>108</sup>*

Del ejemplo podemos destacar que, como bien se menciona, hay un buen aprovechamiento de recursos por parte del sector privado a diferencia del sector público, lo cual implica que hay una inversión que termina generando utilidades por parte del sector privado, lo que lleva a ubicarse a estos privados en ciudades grandes o medianas, no arriesgándose en zonas pequeñas o rurales donde, económicamente hablando, no se generan beneficios. En las zonas donde se ubican los hospitales privados logran descongestionar a los hospitales públicos, sin embargo, en los lugares donde estos no se arriesgan a entrar los hospitales públicos se miran abarrotados por la demanda existente y carentes de los insumos, profesionales, infraestructura, etc., necesarios para una prestación eficiente del servicio a la salud.

Conforme con lo dicho, debe destacarse que el departamento de Nariño es uno de los departamentos donde confluyen diversas situaciones que dificultan la prestación del servicio de salud no solo a particulares o comunidades organizadas sino también al Estado. En la presente investigación se excluyen ciertos aspectos, como el servicio de energía eléctrica. Aunque somos conscientes de que hay municipios que no cuentan con suministro de energía por periodos determinados, se ha observado que, en áreas de prestación del servicio a la salud, el uso de plantas eléctricas mitiga las afectaciones para no generar riesgo con la vulneración del derecho a la salud.

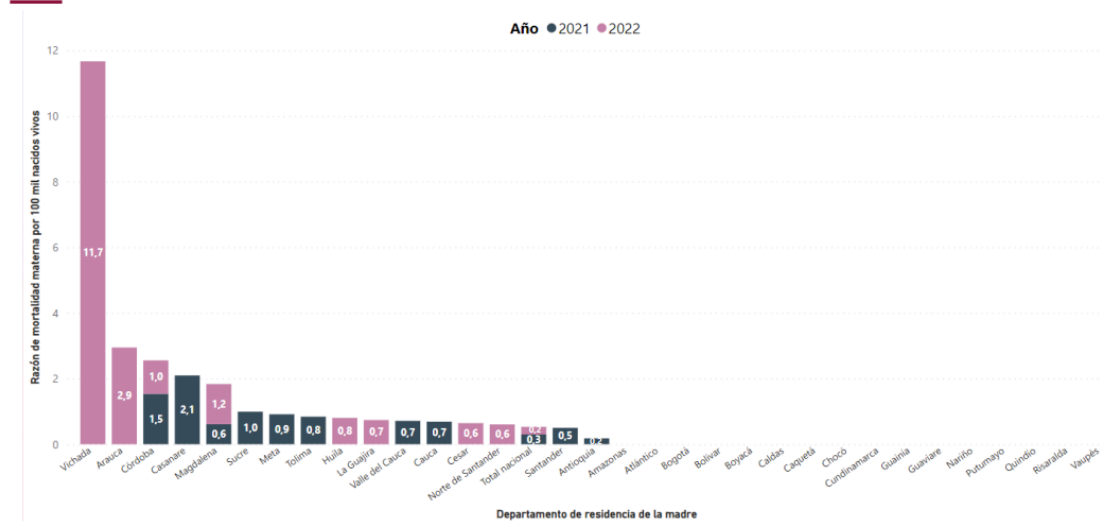
---

<sup>108</sup> Sarmiento, A, Castellanos, W, Nieto, A y Alonso, C. (2006). Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del sistema general de Seguridad Social en Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Citado por: Gúzman Finol, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Banco de la República. (Págs. 3-4). Recuperado de: [https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_202.pdf](https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_202.pdf)

Asimismo, no se considera el servicio de gas, puesto que, no es un elemento fundamental para la protección del derecho a la salud en nuestro estudio. Finalmente, también se dejarán de lado las estadísticas de desnutrición, ya que, según los datos proporcionados por el DANE, el departamento de Nariño no presenta una situación crítica en este aspecto, pues como se evidencia en la gráfica:

### Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en población de 6 a 11 años y departamento de residencia

**Total nacional**  
Años (2021- 2022)



Fuente: DANE- Estadísticas Vitales.

**Gráfica 1: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). Estadísticas vitales. Cifras de defunciones. Recuperado de:**

<https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/pres-EEVV-Defunciones-IIItrim2023.pdf>

Por lo mencionado, para el desarrollo del estudio tendremos en cuenta cuatro situaciones que dificultan en mayor medida la prestación del servicio.

### I. **Convergencia de fenómenos naturales**

Colombia se caracteriza por ser un país en el que, en sus diferentes regiones, se pueden evidenciar diversos fenómenos naturales, sin embargo, el departamento de Nariño es el lugar en el que confluyen un gran número de estos fenómenos.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Departamental, Mi Nariño en Defensa de lo Nuestro (2020 - 2023)<sup>109</sup> y el Plan de Desarrollo Departamental, Nariño, Región País para el Mundo (2024 - 2027)<sup>110</sup>, el departamento de Nariño tiene

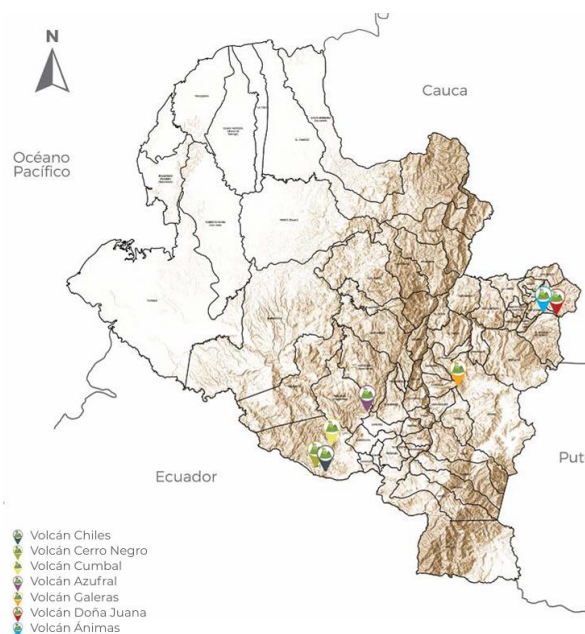
<sup>109</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 130. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

<sup>110</sup> Gobernación de Nariño. (2024 - 2027). Nariño, Región País para el Mundo. (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 367. Recuperado de: <https://plannedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/05/Plan-Desarrollo-Departamental-2024-2027.pdf>

una gran riqueza hidrográfica, así como suelos fértiles y gran biodiversidad que es única en el mundo, de igual forma, se encuentra ubicado en el Cinturón de Fuego de Pacífico, observándose una geología y ubicación geográfica compleja que hace al departamento susceptible de varias amenazas que tienen origen natural, como lo son la sísmica, volcánica, climáticas, por tsunami, entre otras.

Así mismo, se generan otras amenazas de tipo socio natural, que se presentan por el mal uso y ocupación del territorio, como son los *“fenómenos de remoción en masa, inundaciones y avenidas torrenciales, la presión demográfica y las condiciones de vulnerabilidad que incrementan los riesgos en el departamento”*<sup>111</sup>. A lo mencionado también se le suma la exposición social al conflicto armado, el cual tiene una gran relevancia en nuestro estudio y será tratado de manera independiente más adelante.

Ahora bien, el departamento de Nariño es uno de los departamentos con mayor movimiento de placas tectónicas, lo cual se debe a diversos factores, como lo es la actividad volcánica debido a que, el departamento cuenta con siete volcanes activos; y las fuerzas sísmicas que se originan en la interacción entre las placas de Nazca y la placa Sudamericana, las cuales forman el relieve Andino del departamento de Nariño y generan varios sistemas de fallas activas que producen una actividad sísmica alta.



**Imagen 2: Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 131. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co>**

<sup>111</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 130. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

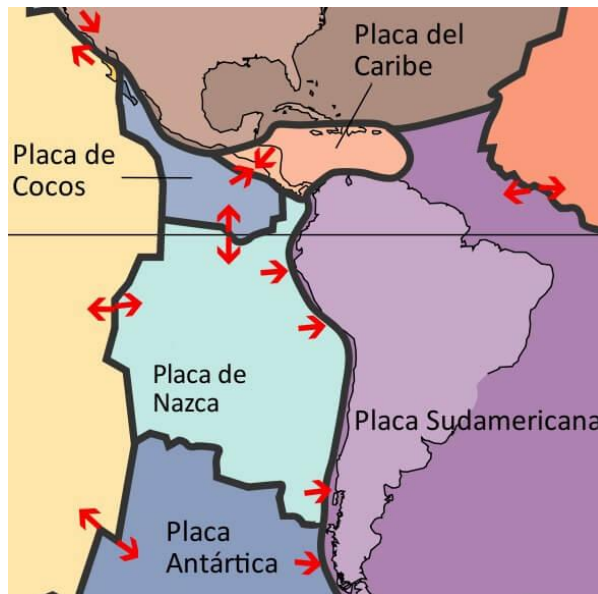


Imagen 3: Lifeder. (s.f). Principales placas tectónicas. Recuperado de: <https://www.lifeder.com/placas->

Todo lo mencionado es monitoreado por el Servicio Geológico Colombiano (SGC). El siguiente mapa muestra la actividad sísmica esperada en el departamento de Nariño.

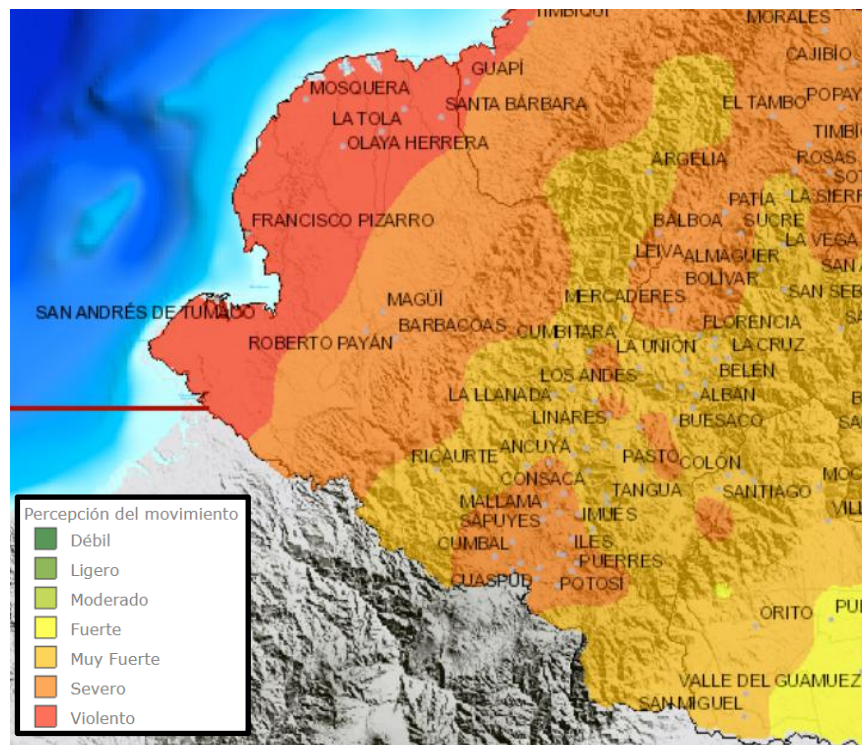


Imagen 4: Servicio Geológico Colombiano (SGC). (2019). Intensidad sísmica esperada. Departamento de Nariño. Recuperada de: [https://srvags.sgc.gov.co/JSViewer/Amenaza\\_Sismica/](https://srvags.sgc.gov.co/JSViewer/Amenaza_Sismica/)

Del mapa podemos destacar que, de acuerdo con el SGC, la intensidad sísmica en el departamento de Nariño se mantiene en los niveles más altos de percepción del movimiento, que va desde muy fuerte hasta violento, siendo una zona delicada y aumentando la vulnerabilidad por las condiciones físicas, económicas, ambientales y sociales del departamento.

Por otro lado, el departamento tiene siete municipios costeros, que están ubicados en una zona de alta amenaza por tsunamis, de acuerdo con la UNGRD, un tsunami,

*“Es una serie de olas de gran longitud de onda que generalmente ocurren por sismos ocurridos en el fondo marino o cerca de la costa, aunque también pueden generarse por erupciones volcánicas, deslizamientos submarinos o por el impacto de meteoritos en el mar.”<sup>112</sup>*

Los tsunamis afectan a las costas y las olas que se producen, por ellos, son mucho mayores a las que se producen por el viento. De igual forma, debe tenerse en cuenta que, *“el tsunami golpea con fuerza devastadora; inunda rápidamente las áreas costeras bajas y ocasiona daños materiales y pérdida de vidas.”<sup>113</sup>*

Para nuestro estudio es relevante que según la UNGRD<sup>114</sup>, la mayor amenaza para Colombia, con respecto a los tsunamis está en la costa Pacífica, donde ya se han observado dos desastres por este fenómeno, debido a que Nariño tiene una parte de esta costa Pacífica. Siendo esta situación muy preocupante en el sector salud, debido a que, en caso de presentarse un fenómeno natural como el evidenciado, la prestación del servicio sería compleja, además de que la ayuda por parte de la capital del departamento u otros municipios cercanos sería demorada por el estado de las carreteras existentes o la falta de vías terrestres.

Sobre la remoción de masa podemos decir que, Nariño tiene una alta susceptibilidad a este fenómeno, siendo un riesgo que *“se incrementa tanto por las condiciones geográficas y climáticas, como por la ocupación poblacional del territorio y sus usos.”<sup>115</sup>* Así mismo tiene un régimen bimodal de lluvias, por lo que, *“en los periodos más intensos se registran o incrementan los fenómenos de remoción en masa (deslizamientos de tierra a pequeña y gran escala), que ante la saturación de los suelos posibilitan la reactivación de antiguos movimientos”<sup>116</sup>*

De acuerdo con el SGC, la amenaza por remoción de masas en Nariño se evidencia de la siguiente forma,

---

<sup>112</sup> Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). (2018). Atlas de Riesgo de Colombia: revelando los desastres latentes. Gobierno de Colombia. Bogota DC. Pág. 28. Recuperado de: <http://201.130.16.43/handle/20.500.11762/27179>

<sup>113</sup> Ibidem.

<sup>114</sup> Ibidem. Pág. 30.

<sup>115</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 132. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

<sup>116</sup> Ibidem.

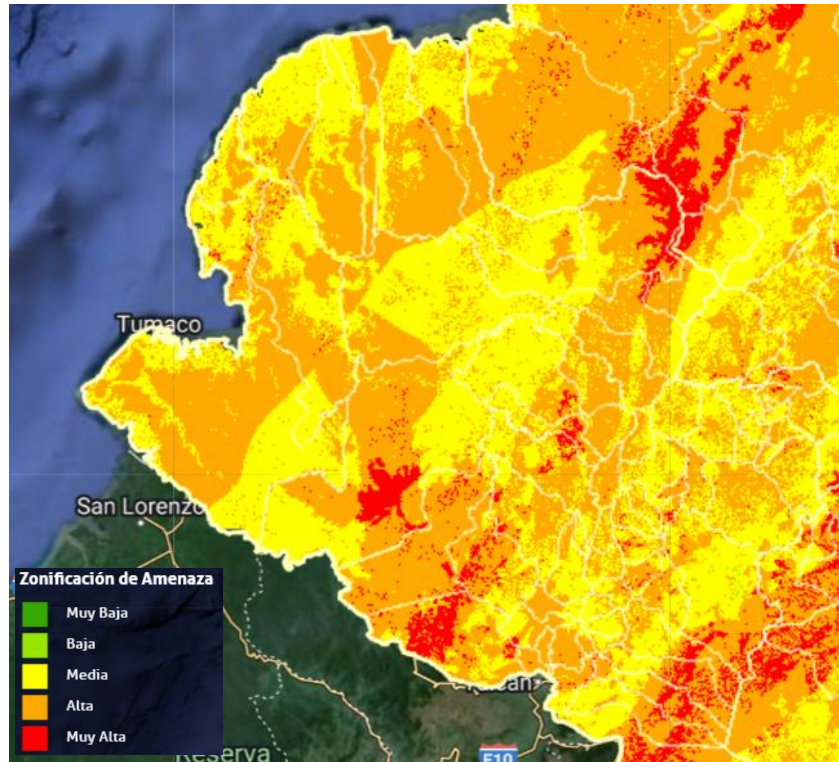
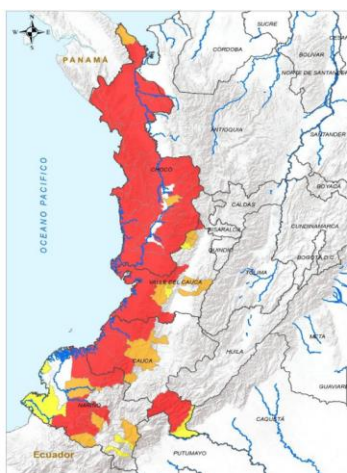


Imagen 5: Servicio Geológico Colombiano (SGC). (2020). Movimientos en masa. Sistema de información de movimientos en masa (SIMMA). Departamento de Nariño. Recuperada de: <https://simma.sgc.gov.co/#/public/>

Del mapa podemos decir que, Nariño es uno de los departamentos donde mayormente se observa el fenómeno de remoción de masas, estando en el nivel de amenaza entre Media y Muy Alta. El día 24 de agosto del 2024, el Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD), menciona que, *“debido a las precipitaciones de los últimos días, había una saturación de humedad en los suelos, que dan origen a diferentes niveles de probabilidad para la ocurrencia de deslizamientos de tierra, en zonas de ladera y alta pendiente”*<sup>117</sup>, lo cual hacía que Nariño se encontrara en el nivel Alto y Medio de amenaza, lanzando la alerta para los siguientes municipios:

<sup>117</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). (2024). Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD). Pág. 40. Recuperado de: [https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas.-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-\(ITD\)](https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas.-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-(ITD))



ALERTA		SITIOS PARA LOS CUALES SE GENERA LA ALERTA
		CAUCA : Argelia, Guapi, López De Micay, Santa Rosa, Timbiquí. CHOCÓ : Alto Baudó, Bagadó, Bahía Solano, Bajo Baudó, Bojayá, Carmen Del Darién, Condoto, El Cantón Del San Pablo, El Carmen De Atrato, El Litoral Del San Juan, Istmina, Juradó, Lloró, Medio Atrato, Medio Baudó, Nuquí, Nóvita, Quibdó, Riosucio, Río Iró, Río Quito, San José Del Palmar, Sipí, Tadó, Unguía. NARIÑO : Barbacoas, El Charco, La Llanada, Mallama, Ricaurte, Samaniego, Santa Bárbara. VALLE DEL CAUCA : Buenaventura, Calima, El Águila, Jamundí, Riofrío.
		CAUCA : Balboa, El Tambo, Morales. CHOCÓ : Acandí, Cértegui. NARIÑO : Cumbal, Magúí, Pasto, Santacruz. VALLE DEL CAUCA : Argelia, Dagua, El Cairo, El Cerrito, Guadalajara De Buga, Restrepo, Versalles.
		CAUCA : Piamonte. NARIÑO : Funes, Potosí, San Andrés De Tumaco. VALLE DEL CAUCA : El Dovio, La Cumbre.

Imagen 6: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). (2024). Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD). Pág. 47. Recuperado de: [https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-\(ITD\)](https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-(ITD))

Así mismo, evidenciamos el fenómeno de las inundaciones, el cual es bastante frecuente y

*“Se originan por la cercanía de las viviendas e infraestructura a las orillas de los ríos, donde no se ha respetado el margen o la ronda hídrica, por lo que se convierten en un fenómeno cíclico que todos los años deja a miles de damnificados, pérdidas económicas importantes, y pérdida de cultivos e infraestructura de educación y salud afectada.”<sup>118</sup>*

Este fenómeno no solo se observa por el desbordamiento de los ríos sino también por el desbordamiento de quebradas que afectan a los cascos urbanos. De acuerdo con la Gobernación de Nariño, la recurrencia por inundación y la susceptibilidad por inundación se observan en el departamento de la siguiente forma:

<sup>118</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 133. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

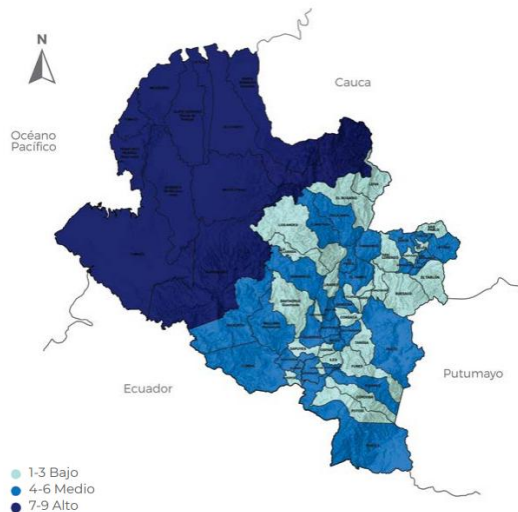


Figura 36. Mapa de recurrencia por inundación.  
Fuente: DAGRD (2020) y Gobernación de Nariño (2019a).

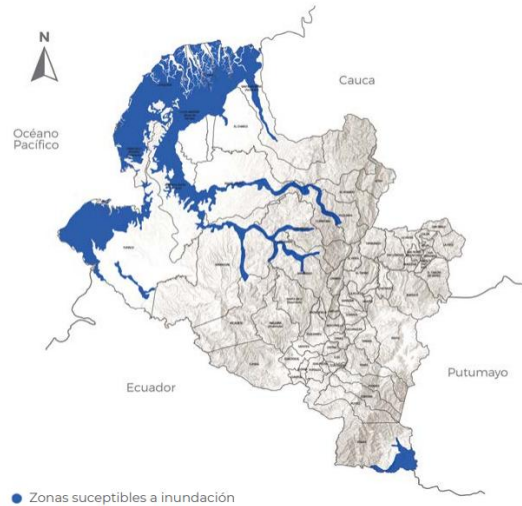


Figura 37. Mapa susceptibilidad a inundación.  
Fuente: Ideam (2016) y Gobernación de Nariño (2019a).

**Imagen 7: Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 133. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>**

Observándose que, la mayoría del departamento se encuentra en una recurrencia Alta y Media. Sin embargo, únicamente los municipios costeros son susceptibles de inundación.

Las heladas también son un fenómeno que, aunque no es muy frecuente, cuando ataca lo hace con gran fuerza,

*“Según los registros en el período comprendido entre el año 2008 y el año 2023, se reportó 18 heladas, con más de 6.432 hectáreas afectadas. Esto permite analizar que, si bien la ocurrencia de este tipo de fenómenos no es frecuente y el período de retorno es demasiado bajo, la magnitud de la afectación es demasiado alta. El granizo es un tipo de precipitación de partículas irregulares de hielo, Este fenómeno, no es muy recurrente en el Departamento de Nariño, sin embargo, cuando se presenta tiene una gran magnitud. Para el período 2008 – 2023, se registraron 26 eventos con 3.236 hectáreas afectadas. Siendo principalmente la subregión de Obando la más impactada.”<sup>119</sup>*

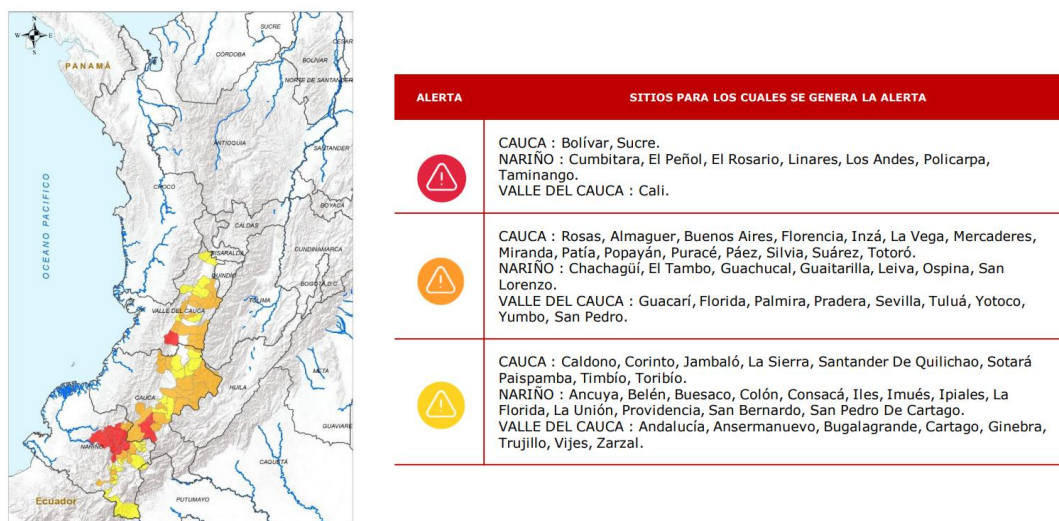
Por otro lado, en las temporadas donde hay menos lluvias se puede evidenciar que,

*“Incrementan las posibilidades de incendios en la cobertura vegetal. En épocas críticas llega a representar un peligro latente para los medios de vida y las comunidades, puesto que los municipios experimentan desabastecimiento de agua debido a la sequía, la cual afecta*

<sup>119</sup> Gobernación de Nariño. (2024 - 2027). Nariño, Región País para el Mundo. (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Págs. 369 - 370. Recuperado de: <https://plannedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/05/Plan-Desarrollo-Departamental-2024-2027.pdf>

principalmente al sector agropecuario.”<sup>120</sup>

Con respecto al Pronóstico de Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal, el Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD) del 24 de agosto de 2024 menciona que, “*debido a la precipitación y temperatura máxima que se han dado en los últimos días*”<sup>121</sup>, Nariño se encuentra en amenaza moderada. Y nos dice más detalladamente que se ha emitido alerta en los siguientes lugares,



**Imagen 8: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). (2024). Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD). Pág. 57. Recuperado de: [https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-\(ITD\)](https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-(ITD))**

Finalmente, el alza de la temperatura también provoca sequías prolongadas, las cuales crean conflictos sociales debido a que suele generar escasez de alimentos, pobreza, disputas y desplazamiento.

Todo lo anterior es importante para tener en cuenta porque, como se va a evidenciar más adelante, esta convergencia de fenómenos influye en la prestación eficiente del servicio a la salud y en una buena protección del derecho fundamental a la salud que tienen todas las personas, puesto que, no considerar los diferentes contextos y situaciones que pueden llegar a presentarse en varias zonas a lo largo del territorio nacional ha llevado a la vulneración de este derecho.

## II. Conflicto armado

Uno de los elementos que influyen de manera negativa en el departamento de

<sup>120</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 134. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

<sup>121</sup> Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). (2024). Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD). Pág. 51. Recuperado de: [https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-\(ITD\)](https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-(ITD))

Nariño es el conflicto armado, puesto que, su ubicación geográfica, caracterizada por ser una región de acceso estratégico y proximidad a fronteras, facilita la presencia de grupos armados y el tráfico de drogas. Pues, así como lo menciona el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD),

*“La ubicación estratégica de Nariño también ha sido importante para el narcotráfico, cuyos actores han concentrado todos los factores productivos de la droga en el departamento: cultivo de la hoja de coca, su procesamiento y la exportación. Así, el narcotráfico ha encontrado, en el clima nariñense, la base para sus cultivos de uso ilícito y, en su estratégica ubicación, las diferentes vías para el tráfico de las drogas hacia el interior y el exterior del país. Hoy Nariño es el departamento del país con más cultivos de uso ilícito, 19.612 hectáreas.*

*Para los grupos armados, la situación geográfica de Nariño también ha sido clave. Por un lado, porque con la presencia del narcotráfico han asegurado parte de su financiamiento mediante la participación en el negocio del tráfico de drogas. Por otro, porque ha sido la vía para la entrada y salida de armas, insumo de su lucha armada; y, adicionalmente, porque mientras en la década de los 70 y 80 el departamento era la zona de descanso, reserva y retaguardia de la guerrilla, a partir de los 90 dejó de serlo para convertirse en el centro de la confrontación armada.”<sup>122</sup>*

Esta situación ha desencadenado profundas crisis sociales, desplazamientos forzados y una lucha constante por el control territorial, que afectan la estabilidad, el desarrollo económico y el bienestar de sus habitantes. La combinación de una geografía montañosa y de difícil acceso, junto con la escasa presencia del Estado, ha perpetuado un ciclo de violencia que impacta gravemente al departamento.

La situación del conflicto armado en el departamento de Nariño influye de manera directa en la prestación del servicio de salud, generando importantes desafíos para el acceso y la calidad de la atención médica. La violencia y la presencia de grupos armados han ocasionado deterioro en la infraestructura sanitaria en las zonas. Además, el miedo a la confrontación y la inseguridad han afectado la disponibilidad de profesionales de la salud, quienes se ven obligados a abandonar la región o a restringir sus horarios de atención. Todo esto se traduce en un grave impacto en la salud pública, donde la población más vulnerable sufre las consecuencias de un sistema de salud ya precario, tal como se evidencia en el artículo del Comité Internacional de la Cruz Roja,

*“Durante 2022, se registraron al menos siete homicidios de pacientes y trabajadores de la salud. Una cifra que supera incluso a los seis casos que se reportaron en total entre 2018 y 2021. Además, se recibió*

---

<sup>122</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2010). Nariño: Análisis de la conflictividad. Pág. 10. Recuperado de: [https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220\\_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf)

información sobre otros tipos de violencia contra el sector de la salud, como violencia sexual, bloqueo de ambulancias por parte de actores armados, extracción forzada de personas que estaban siendo trasladadas en ambulancias, así como amenazas y extorsiones.

En el contexto de los conflictos armados también se generaron situaciones que afectaron de forma indirecta la prestación de los servicios de salud como la detonación de artefactos explosivos cerca de instalaciones sanitarias o el confinamiento de comunidades que bloqueó su acceso a la asistencia de salud.”<sup>123</sup>

De acuerdo con la información obtenida, observamos que, en Nariño, desde 2018 hasta 2024, se ha observado actuar a los siguientes grupos armados ilegales:

Grupo Armado Ilegal	Descripción
<b>Águilas Negras</b>	De acuerdo con InSight Crime <sup>124</sup> , este grupo surge con la desmovilización de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) para proteger los intereses económicos de los ex paramilitares. Las Águilas Negras han aparecido en al menos 20 de los 32 departamentos de Colombia, incluido Nariño, además de los estados venezolanos de Táchira y Zulia.
<b>Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC)</b>	Según InSight Crime, las AGC surgen “de las cenizas del movimiento paramilitar colombiano para convertirse en la fuerza criminal dominante en Colombia, con alcance nacional.” <sup>125</sup> dedicándose al tráfico transnacional de drogas y controlando los territorios donde se regula o se dirige el mercado de producción de droga y “vigila los envíos a lo largo de las rutas de tráfico” <sup>126</sup>
<b>Comando Coordinador de Occidente (CCO)</b>	De acuerdo con Francisco Daza, “funciona como una confederación de estructuras de Grupos Armados PosFarc (o disidencias)” <sup>127</sup> . desplegando su aparato militar en el departamento

<sup>123</sup> Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (2023). La salud en medio de los conflictos armados en Colombia. <https://www.icrc.org/es/document/la-salud-en-medio-de-los-conflictos-armados-en-colombia-2023>

<sup>124</sup>InSight Crime. (2017). Águilas Negras. Recuperado de: <https://insightcrime.org/colombia-organized-crime-news/aquillas-negras/>

<sup>125</sup> InSight Crime. (2023). Gaitanistas - Clan del Golfo. Recuperado de: <https://insightcrime.org/colombia-organized-crime-news/urabenos-profile/>

<sup>126</sup> Ibidem.

<sup>127</sup> Daza, F. (2022). ¿Quién es el nuevo comandante del Comando Coordinador de Occidente?. Línea paz, posconflicto y derechos humanos. Pares: Fundación paz y reconciliación. Recuperado de: <https://www.pares.com.co/post/qui%C3%A9n-es-el-nuevo-comandante-del-comando-coordinador-de-occidente>

	del Cauca, Valle del Cauca, Norte de Nariño, Huila y Tolima.
<b>Los Contadores</b>	De acuerdo con el Plan de Desarrollo Departamental (2020 - 2023) <sup>128</sup> , tiene incidencia sobre la vía al mar, desde el corregimiento Candelillas hasta el corregimiento La Guayacana, zona rural de Tumaco.
<b>Ejército de Liberación Nacional (ELN)</b>	Según InSight Crime <sup>129</sup> , es una de las organizaciones criminales más poderosas de Latinoamérica, que se ha constituido como una guerrilla binacional debido a su incidencia en Venezuela. Inicialmente, <i>“era un movimiento nacionalista influenciado por la revolución cubana, enfocado en el secuestro, la extorsión, y en atacar a la infraestructura petrolera. Aunque evitó el tráfico de drogas por décadas, desde los últimos años está profundamente involucrado en el narcotráfico a nivel internacional.”</i> Teniendo por tanto incidencia en Nariño como territorio estratégico.
<b>Ejército Popular de Liberación (EPL)</b>	De acuerdo con InSight Crime, <i>“es un grupo disidente del Frente Libardo Mora del EPL que no se desmovilizó con el resto de la guerrilla en 1991.”</i> <sup>130</sup> , que tiene como principal centro de operaciones la región fronteriza del Catatumbo, en el departamento de Norte de Santander, estando involucrados en el narcotráfico y la extorsión. Evidenciándose su incidencia en Nariño al ser un territorio estratégico.
<b>Facciones disidentes de las FARC-EP</b>	De acuerdo con El Espectador <sup>131</sup> , este grupo surge de los integrantes de las FARC que no quisieron acogerse al Acuerdo de Paz de 2016, este ha tenido diversos enfrentamientos con otros grupos armados en Nariño por la disputa del territorio y cultivos ilícitos, involucrándose en el narcotráfico, observándose en Nariño como

<sup>128</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 195. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

<sup>129</sup> InSight Crime. (2024). Ejército de Liberación Nacional (ELN). Recuperado de: <https://insightcrime.org/es/noticias-crimen-organizado-colombia/el-colombia/>

<sup>130</sup> InSight Crime. (2024). EPL. Recuperado de: <https://insightcrime.org/es/noticias-crimen-organizado-colombia/epl/>

<sup>131</sup> Romero Peñuela, N. (2022). Disidencias de Farc: ¿Quiénes son?, ¿dónde están?, ¿cuáles dialogarán con Petro?. El Espectador. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia-20/conflicto/disidencias-de-farc-quienes-son-donde-estan-cuales-dialogaran-con-petro/>

	territorio estratégico de estas economías ilegales.
<b>Guerrillas Unidas del Pacífico (GUP)</b>	Forman parte de este los “ <i>excombatientes de la desmovilizada Columna Móvil Daniel Aldana de las FARC</i> ” <sup>132</sup> , observándose su incidencia en Francisco Pizarro, Mosquera, Olaya Herrera, Roberto Payán, El Charco y en algunos barrios de la zona urbana de Tumaco como el 11 de noviembre, Viento Libre, Panamá y La Playa, zona rural municipio de Tumaco.

**Tabla 6: Creada a partir de la información otorgada por: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reporte de Alerta Temprana. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Reporte>**

Aun así, el Plan de Desarrollo Departamental, Mi Nariño en Defensa de lo Nuestro (2020 - 2023)<sup>133</sup> menciona que hay otros grupos armados ilegales en el departamento, sin embargo, no se tiene información acerca de sus actuaciones en los últimos tiempos.

Por otro lado, el Sistema de Alertas Tempranas (SAT), en lo corrido del año 2024 ha emitido dos Reportes de Alertas Tempranas en Nariño, que involucran a seis municipios del departamento, siendo un sistema del que pudimos obtener la siguiente información:

**a) Olaya Herrera:** El Reporte de Alerta Temprana se emitió el 5 de febrero del 2024, donde se menciona que,

<b>Economías ilegales</b>	<b>Grupos Armados</b>
Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando	Facciones disidentes de las FARC-EP
<b>Tema clave</b>	<b>Población afectada</b>
El riesgo se deriva de la alta posibilidad de intensificación de las confrontaciones armadas entre facciones disidentes de las antiguas FARC-EP, particularmente entre las adscritas al Bloque Occidental Comandante Jacobo Arenas (BOCJA) del Estado Mayor Central (EMC) y el Bloque Occidental Alfonso	Mujeres; Niños y niñas; Adolescentes; Jóvenes; Adultos mayores; Docentes; Estudiantes; Servidores públicos; Personas defensoras de Derechos Humanos, líderes y lideresas sociales; Autoridades étnicas de gobierno; Miembros de organismos humanitarios; Afrodescendientes;

<sup>132</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 195. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

<sup>133</sup> Por ejemplo: Frente Oliver Sinisterra (FOS), GAO-r -E-F29 “Estiven González”, Resistencia Campesina, Autodefensas Unidas del Pacífico (Aupac), etc. Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Págs. 195 - 196. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

Cano, perteneciente a la Coordinadora Guerrillera del Pacífico de la Segunda Marquetalia.	Indígenas; Comerciantes.	Campesinos;
---	--------------------------	-------------

**Tabla 7: Creada a partir de la información otorgada por: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reporte de Alerta Temprana 002-24. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Details/91899>**

### Conductas vulneratorias e infracciones al D.I.H.

Conducta	Advertida	Identificada
Desaparición forzada	X	
Desplazamiento forzado	X	X
Homicidio	X	
Amenazas	X	X
Enfrentamientos con interposición de la población civil	X	X
Estigmatización		X
Reclutamiento, uso y utilización de niños, niñas y adolescentes	X	
Contaminación por MAP - MUSE – AEI	X	X
Confinamiento	X	
Violencia basada en genero	X	X
Regulaciones a la movilidad		X
Tránsito de Actores Armados no Estatales		X
Demarcación del territorio alusiva a Actores Armados no Estatales		X
Ataques		X
Extorsión		X
Imposición de horarios		X
Imposición normas de conducta y/o pautas de comportamiento		X

**Imagen 9: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reporte de Alerta Temprana 002-24. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Details/91899>**

**b) Cumbitara, El Rosario, Leiva, Policarpa y Taminango:** El Reporte de Alerta Temprana se emitió el 26 de marzo del 2024, donde se menciona que,

<b>Economías ilegales</b>	<b>Grupos Armados</b>
Narcotráfico	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP
<b>Tema clave</b>	<b>Población afectada</b>
El riesgo inminente se origina por la disputa por el control territorial y poblacional entre la facción disidente de las antiguas FARC autodenominada "Frente Franco Benavides" del Estado Mayor Central contra la presunta alianza bélica	Niños y niñas; Personas defensoras de Derechos Humanos, líderes y lideresas sociales; Docentes; Estudiantes; Afrodescendientes; Autoridades étnicas de gobierno; Adolescentes; Servidores públicos; Comerciantes; Mujeres.

conformada por el Frente Comuneros del Sur del ELN, la Segunda Marquetalia y quienes se autodenominan Autodefensas Unidas de Nariño (AUN).

**Tabla 8: Creada a partir de la información otorgada por: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reporte de Alerta Temprana 008-24. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Details/91906>**

**Conductas vulneratorias e infracciones al D.I.H.**

Conducta	Advertida	Identificada
Enfrentamientos con interposición de la población civil	X	X
Estigmatización	X	X
Contaminación por MAP - MUSE - AEI	X	X
Desplazamiento forzado	X	X
Tortura, tratos inhumanos, crueles o degradantes	X	X
Violencia sexual		X
Amenazas	X	X
Regulaciones a la movilidad	X	X
Demarcación del territorio alusiva a Actores Armados no Estatales		X
Retención ilegal		X
Confinamiento	X	X
Imposición normas de conducta y/o pautas de comportamiento		X
Hostigamiento	X	
Extorsión	X	X
Reclutamiento, uso y utilización de niños, niñas y adolescentes	X	
Desaparición forzada	X	
Masacre	X	
Homicidio selectivo	X	
Violencia basada en genero	X	

**Imagen 10: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reporte de Alerta Temprana 008-24. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Details/91906>**

Ahora bien, el Reporte de Alertas Tempranas también muestra que, el histórico de reportes desde el año 2018 hasta el año 2023<sup>134</sup> es el siguiente:

Año de emisión	Municipios implicados	Grupos Armados ilegales implicados	Economías ilegales
2018	Barbacoas, Colón, Cumbal, Cumbitara, El Charco, El Rosario, Francisco Pizarro, La Tola, Leiva, Magüí,	Águilas negras; AGC; ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; GUP; La Constru; Los	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando

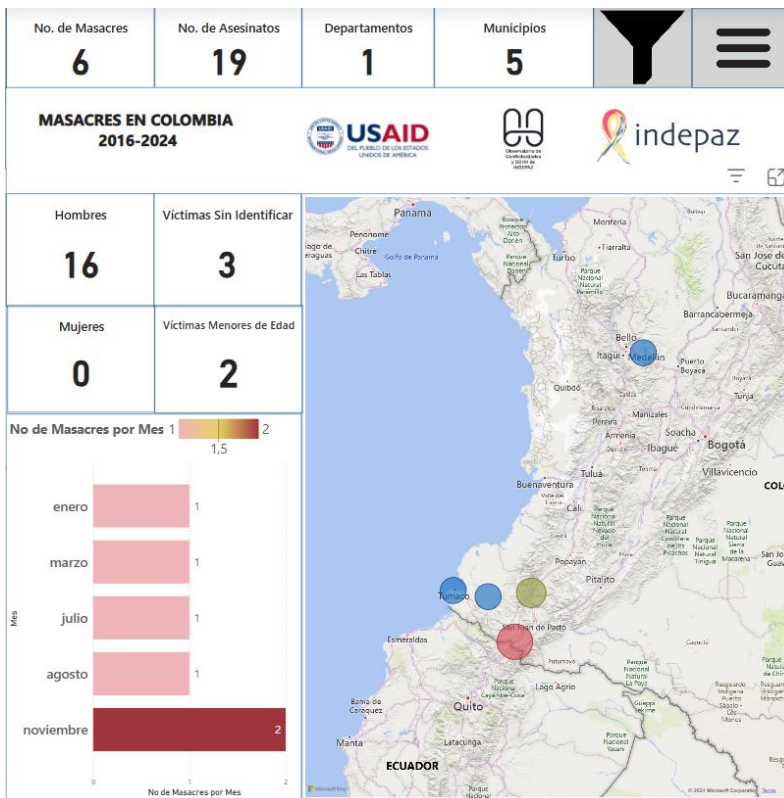
<sup>134</sup> Lo cual puede evidenciarse de manera más detallada en el Anexo 1 de este estudio.

	Olaya Herrera, Mallama, Mosquera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payan, Samaniego, Santa Bárbara, Santacruz, Tumaco	Rastrojos	
2019	Ancuya, Barbacoas, Cumbal, Cumbitara, El Charco, El Rosario, Ipiales, La Llanada, La Tola, Leiva, Linares, Los Andes, Magüí, Mallama, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Policarpa, Providencia, Ricaurte, Roberto Payán, Samaniego, Santacruz, Tumaco	AGC; ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; La Constru; Los Rastrojos	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando
2020	Todo el departamento	Actores armados transnacionales; AGC; ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; Los Rastrojos; Contadores; Comando Coordinador de Occidente	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando; Préstamos gota a gota
2021	Magüí, Roberto Payán	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC	Narcotráfico;
2022	Barbacoas, Cumbal, Cumbitara, El Charco, El Rosario, Ipiales, Leiva, Magüí, Mosquera, Olaya Herrera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payán, Santa Bárbara, Tumaco	ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC; Grupos Armados de Crimen Organizado	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando; Préstamos gota a gota
2023	Todo el departamento	ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC; Comandos de la Frontera; Grupos Armados de Crimen	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando; Préstamos gota a gota

		Organizado	
--	--	------------	--

**Tabla 9: Creada a partir de la información otorgada por: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reportes de Alerta Temprana. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Reporte>**

Evidenciándose que los municipios más afectados del departamento son los costeros, los fronterizos y algunos del centro del departamento que son aptos para la siembra de cultivos ilícitos, por lo que, podemos ver que todo el territorio se muestra como un punto estratégico para estas economías ilícitas, generando una gran cantidad de violencia. De acuerdo con el Indepaz, en el año 2023, que es el último año registrado con respecto a masacres, en Nariño se evidenciaron seis masacres,



**Gráfica 2: Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz (Indepaz). Masacres en Colombia. Recuperado de: <https://indepaz.org.co/visor-de-masacres-en-colombia/>**

Dos de estas seis masacres se presentaron en Ipiales, municipio fronterizo, el resto se presentaron en Barbacoas, Tumaco, municipios costeros; y en El Peñol y El Rosario, municipios del norte del departamento que limitan o quedan cerca al departamento del Cauca.

Todo lo anterior es importante para la prestación eficiente del servicio a la salud, debido a que, la violencia suele impedir la prestación del servicio a la salud o puede dificultarla, en los sitios donde la violencia se evidencia en mayor medida a los médicos suele no gustarles ir a prestar el servicio por el peligro que corren, no se tiene el instrumental y la infraestructura necesarios y en algunas ocasiones se mira el hurto de medicamentos o instrumentos necesarios para la prestación de este servicio por miembros de grupos armados, sufriendo las consecuencias de esto la población y quienes más necesitan de una prestación eficiente del servicio.

### III. Agua potable

El agua potable es un elemento fundamental para la prevención de enfermedades y la conservación de una buena salud, puesto que su calidad y disponibilidad son esenciales para mantener prácticas adecuadas de higiene. Una correcta provisión de agua limpia no solo favorece la salud de la población, sino que también garantiza un entorno seguro para la prestación de servicios de salud, permitiendo que las instituciones médicas puedan realizar los procedimientos médicos con salubridad. Según la OMS,

*“El agua contaminada y el saneamiento deficiente contribuyen a la transmisión de enfermedades como el cólera, otras enfermedades diarreicas, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis. Si no hay servicios de agua y saneamiento, o si estos son insuficientes o están gestionados de forma inapropiada, la población se expone a riesgos para su salud que, en realidad, se pueden prevenir. Esta prevención se podría conseguir especialmente en los establecimientos de salud sin servicios de suministro de agua, saneamiento e higiene, donde tanto pacientes como profesionales corren más riesgo de contraer infecciones y enfermedades.”<sup>135</sup>*

Ahora bien, sobre la prestación del servicio público de agua potable y saneamiento básico en el departamento de Nariño podemos mencionar que, de acuerdo con el Plan de Desarrollo Departamental, Mi Nariño en Defensa de lo Nuestro (2020 - 2023)<sup>136</sup> siguiendo la política nacional para la gestión integral del recurso hídrico, planteada entre 2010 y 2022 por el Gobierno Nacional, realizó acciones con respecto a la garantía de la oferta, las acciones para hacer una demanda más productiva, garantizar la calidad del agua tanto en su fuente como para su uso y disposición final, la reducción del riesgo integral asociado a su oferta y disponibilidad, y el fortalecimiento y gobernabilidad para el recurso hídrico.

Lastimosamente, *“la calidad del agua de Nariño tiene un desempeño muy inferior al promedio nacional, con un suministro de riesgo alto.”<sup>137</sup>* que en lugar de mejorar ha desmejorado visiblemente con respecto al año 2018 que fue el reporte que tuvo en cuenta la Gobernación para el desarrollo del Plan de Desarrollo Departamental (2020 - 2023), el actual Plan de Desarrollo Departamental (2024 - 2027) no tiene en cuenta el Índice de Riesgo a la Calidad de Agua (IRCA).

De acuerdo con el IRCA, cuando en su escala el municipio se sitúa en “Sin Riesgo” el agua es apta para el consumo, sin embargo, cuando se sitúa en “Riesgo Medio” o “Riesgo Bajo” el agua no es apta para el consumo y, finalmente, cuando se sitúa en “Riesgo Alto” debe haber una gestión inmediata.

---

<sup>135</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Agua para consumo. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

<sup>136</sup> Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 146. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

<sup>137</sup> Ibidem.

A pesar de lo mencionado, el reporte del IRCA, que tiene como última fecha de actualización en la página del IDSN el 3 de abril de 2024, muestra que, en las zonas urbanas de los municipios del departamento de Nariño, en comparación con el reporte del IRCA de 2018, se ha dado un incremento en los municipios situados en “Riesgo Medio” y “Riesgo Alto” en la escala del IRCA, así como una disminución de los municipios situados en “Riesgo Bajo” y “Sin Riesgo” como se evidencia en las siguientes gráficas:



Figura 43. IRCA urbano.  
Fuente: IDSN (2018).

**Gráfica 3: Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 146. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>**



**Gráfica 4: Creada a partir de la información otorgada por: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2024). Calidad del agua. Reporte IRCA. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/component/content/article/704-calidad-de-agua/9909-calidad-de-agua>**

Por otro lado, la situación de las zonas rurales de los municipios del departamento de Nariño se ha mantenido, observándose una mínima disminución en los municipios ubicados en “Riesgo Bajo”, aunque ha aumentado el número de municipios de los que no se tiene información alguna, como se puede observar en las siguientes gráficas:



Figura 44. IRCA rural.  
Fuente: IDSN (2018).

**Gráfica 5: Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 146. Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>**



**Gráfica 6:** Creada a partir de la información otorgada por: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2024). Calidad del agua. Reporte IRCA. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/component/article/704->

Aun con lo evidenciado, la situación con respecto a la prestación del servicio de agua, sobre todo en zonas rurales, es crítica, debido a que, se evidencia que no se ha logrado la prestación eficiente con respecto al servicio de agua potable. Siendo clara la problemática de calidad de agua en los municipios del departamento, sobre todo,

*“En la zona rural, en donde la mayor parte de la población rural consume agua no apta para el consumo humano, lo cual puede ocasionar enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (enfermedades vehiculizadas por agua, EVA; enfermedad diarreica aguda, EDA, etc.).*

*Lo anterior visibiliza la falta de procesos adecuados para el tratamiento de agua potable, o bien, la falta de mantenimiento de la infraestructura existente. Igualmente, se observa el mismo déficit en infraestructura para el saneamiento básico, lo que ha generado contaminación de las fuentes hídricas abastecedoras en algunos territorios. La situación se agrava cuando se presentan altas tasas de deforestación en las áreas de recarga hídrica y zonas de ribera, cultivos de uso no lícito y minería ilegal, además de la baja articulación interinstitucional para la implementación de los Planes de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hidrográficas, Pomca.”<sup>138</sup>*

Todo lo mencionado es preocupante, debido a que, al ser unos servicios públicos tan importantes para la prestación del servicio público a la salud y para garantizar el derecho fundamental a la salud, deberían tener una prestación eficiente que realmente no hay, evidenciándose la imposibilidad, por lo tanto, de que los prestadores del servicio de salud lo presten de la mejor manera y llevando a la vulneración del derecho a la salud, sobre todo en zonas rurales o cascos urbanos alejados de la capital del departamento.

#### **IV. Falta de conectividad**

El departamento de Nariño, ha enfrentado históricamente grandes desafíos en cuanto a conectividad. Esta situación no solo afecta su enlace con el resto del país, sino que también resalta las complicaciones que enfrentan los propios municipios para comunicarse entre sí. Lo que ha generado la falta de buenas

<sup>138</sup> Ibidem. Pág. 148.

vías y el aislamiento de muchas comunidades, limitando el desarrollo económico y social, dejando a Nariño en un constante esfuerzo por superar estas barreras, pues, así como se evidencia en el Plan Departamental de Seguridad Vial en Nariño 2019 - 2024,

*“Según datos suministrados por el Observatorio Nacional de Seguridad Vial y el Instituto Nacional de Medicina Legal (Forensis 2017), la tasa de muertes por siniestros de tránsito en Colombia fue de 13.70 para el año 2017, mientras que en Nariño la tasa fue de 11.69. En relación a los siniestros de tránsito donde resultaron heridos la tasa Nacional por cada 100.000 habitantes es de 81.38 y la del departamento de Nariño es de 98.91.*

*En siniestros de tránsito en el departamento de Nariño según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, han fallecido durante los últimos cinco (5) años 2820 personas y resultaron lesionados 6847 personas. Esta difícil situación ha impactado socioeconómicamente al departamento convirtiéndose en un problema de salud pública, [...]”<sup>139</sup>*

La falta de conectividad en el departamento no solo se manifiesta como un desafío sociopolítico aislado, sino que se configura como un factor generador de múltiples problemáticas conexas, siendo la salud pública una de las más afectadas. La carencia de infraestructuras adecuadas dificulta el acceso a servicios médicos básicos, complica la red de atención urgente y restringe la posibilidad de ejecutar campañas de prevención y educación en salud, para que actúe de manera preventiva, de manera oportuna y de calidad. Por lo tanto, el deterioro de las vías y la falta de conectividad segura, favorecen a que se refleje un incremento en la morbilidad y mortalidad de enfermedades que podrían ser tratadas o controladas efectivamente si se tuviera vías y transportes adecuados, evidenciándose noticias como la siguiente:

*“Una persona fallecida y un herido fue el saldo que dejó el volcamiento de una ambulancia que cubría la ruta Tumaco-Pasto.*

*De acuerdo con algunas versiones, el accidente ocurrió en la madrugada de este viernes cuando la ambulancia transitaba por el kilómetro 24 + 200 en el tramo Junín-Barbacoas.*

*El accidente se produjo, según versiones desde la zona, por un deslizamiento de tierra que llevaba varios días, y para el que no hubo ni el despeje rápido ni la debida señalización.”<sup>140</sup>*

El caso mencionado refleja que el estado de las vías representa un obstáculo significativo que afecta la calidad del servicio brindado por los transportistas de

---

<sup>139</sup> Gobernación de Nariño. (2019). Plan Departamental de Seguridad Vial de Nariño (2019 - 2024). Pág. 13. Recuperado de: [http://2016-2019.narino.gov.co/inicio/files/SalaDePrensa/2019/PDSV\\_2019 - 2024 PARA CONSULTA PUBLICA.pdf](http://2016-2019.narino.gov.co/inicio/files/SalaDePrensa/2019/PDSV_2019_-_2024_PARA_CONSULTA_PUBLICA.pdf)

<sup>140</sup> Tu barco Pasto. (2021). Ambulancia que cubría la ruta Tumaco-Pasto se volcó y la paciente falleció. Tu barco Occidente. Recuperado de: <https://tubarco.news/ambulancia-que-cubria-la-ruta-tumaco-pasto-se-volco-y-la-paciente-fallecio/>

pacientes. La falta de mantenimiento y las condiciones deficientes de las carreteras dificultan no sólo la adecuada operación de las ambulancias, sino también el envío de medicamentos, la asistencia a controles médicos, el acceso a servicios médicos esenciales, entre otros. Esta situación se convierte en un desafío constante, puesto que, el acceso se complica y también se incrementan los riesgos asociados a la conexión vial. Es por esto que, las dificultades de conectividad internas en el departamento de Nariño no solo representan un desafío logístico, sino que se traduce en serias implicaciones para la salud de los nariñenses que se encuentran en estas zonas de difícil acceso. Siendo un tema aún más complejo en los municipios costeros, donde no hay carreteras terrestres sino conectividad marítima donde no solo se complica el transporte de pacientes por el medio de transporte a utilizar, sino también por los largos tiempos de viaje antes de llegar a municipios con mejor atención.

De esta manera, que exista una buena conectividad, beneficia a la custodia de los medicamentos importantes que requieren un tratamiento especial en su transportación, tales como los medicamentos monopolios del Estado. Los cuales son definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social como:

*“Es un medicamento constituido por sustancias sometidas a fiscalización, dado que produce efectos de dependencia psíquica o física en el ser humano; o que puede tener algún grado de peligrosidad en su uso; o que haya sido clasificada como tal por el Ministerio de la Protección Social, o la Comisión Revisora del INVIMA.”<sup>141</sup>*

Debido a la delicadeza de los mismos, no es óptimo que se presenten riesgos constantes, y que no se asegure un transporte de calidad, para que las IPS de difícil acceso del departamento, puedan gozar de dichos insumos, pues como se evidencia en la normatividad de custodia,

*“Los medicamentos y materias primas monopolio del Estado deben transportarse de modo que su integridad no se deteriore, las condiciones de almacenaje se mantengan, se protejan contra hurto, se conserve su identificación y se evite la contaminación y/o confusión con otros productos. Para el adecuado transporte se deberá cumplir con las siguientes condiciones específicas:*

- a) *Para el transporte de los medicamentos y materias primas monopolio se debe asegurar las condiciones ambientales de temperatura a (<30°C) y humedad relativa (<70%HR) y la integridad de los mismos.*
- b) *Dado que los medicamentos y materias primas monopolio del Estado son sustancias de control especial, estos deben ser transportados*

---

<sup>141</sup> Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (s.f). Medicamento con condiciones especiales para su prescripción o dispensación. Medicamentos a un clic. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: [https://medicamentosau clic.gov.co/contenidos/Control\\_especial.aspx#:~:text=Es%20un%20medicamento%20constituido%20por,la%20Comisi%C3%B3n%20Revisora%20del%20INVIMA](https://medicamentosau clic.gov.co/contenidos/Control_especial.aspx#:~:text=Es%20un%20medicamento%20constituido%20por,la%20Comisi%C3%B3n%20Revisora%20del%20INVIMA)

*seguros, bajo llave y con restricción de personal.*

- c) El envío y transporte de materias primas y medicamentos se debe realizar solamente después del recibo de la orden de baja del almacén. Debe ser documentado y registrado el recibo de la orden de pedido y envío de las mercancías.*
- d) El personal que realice esta actividad, debe contar con entrenamiento y formación al respecto.*
- e) Se debe contar con mantenimiento y limpieza periódica del vehículo de transporte.”<sup>142</sup>*

Los requerimientos de cuidado de estos activos son especiales y estrictos, y facilita el cumplimiento total de esta protección, si se gozara de óptima infraestructura y seguridad vial.

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Departamental, Nariño, Región País para el Mundo (2024 - 2027),

*“El departamento tiene a su cargo 114 tramos viales, de los cuales 25 tramos corresponden a vías de segundo orden [...] y 89 tramos de red vial terciaria [...]. Actualmente el 18,34 por ciento de la red vial secundaria se encuentra pavimentada, y el 81,66 por ciento en estado de afirmado.”<sup>143</sup>*

Lo cual quiere decir que se ha tratado estas carreteras para mejorar su resistencia y durabilidad, generando un tránsito seguro y eficiente. Así mismo se evidencia que,

*“La red vial terciaria en el departamento de Nariño tiene una longitud de 6.011,21 km, de los cuales el 11.6 por ciento [...] están a cargo del departamento, 3.771,84 km. (62,7%) están a cargo de los municipios, y 1.544,15 km (25,7%) están a cargo de INVIAS.”<sup>144</sup>*

Concluyendo que,

*“El estado de la red vial del departamento se encuentra en regulares condiciones, especialmente en la red terciaria que conecta a las zonas rurales del departamento con los centros urbanos. Esta situación impacta negativamente en la competitividad regional, toda vez que los tiempos de viaje y los costos de desplazamiento incrementan los costos de transporte y afectan notablemente la viabilidad de los procesos de producción en los mercados. En este sentido, el sistema de transporte*

---

<sup>142</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Guía para el manejo del vehículo de transporte de medicamentos y materias primas monopolio del Estado. 7. Manejo del vehículo de transporte de medicamentos y materias primas monopolio del Estado. 7.2 Generalidades. Pág. 4. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GMTG26.pdf>

<sup>143</sup> Gobernación de Nariño. (2024 - 2027). Nariño, Región País para el Mundo. (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Pág. 382. Recuperado de: <https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/05/Plan-Desarrollo-Departamental-2024-2027.pdf>

<sup>144</sup> Ibidem. Págs. 382 - 383.

*departamental debe garantizar el acceso a los servicios más especializados para la población que vive en áreas rurales, pues estos siempre se han concentrado en la ciudad de Pasto, Túquerres, Ipiales y Tumaco.”<sup>145</sup>*

Lo cual implica que, el servicio de transporte no ha podido prestarse de manera eficiente ni garantizarse, poniendo en peligro a la población que necesita atención médica y para ella desplazarse a otros municipios, siendo de gran relevancia para tener en cuenta en nuestro estudio. Finalmente, si en la conectividad terrestre ya se mira una gran falencia, es aún más la conectividad marítima donde a pesar de contar con lanchas ambulancia que tienen motores que aumentan la velocidad del transporte no son suficientes para la distancia a recorrer aumentando la probabilidad de vulneración al derecho a la salud y la falta de prestación del servicio.

### ***Falta de competencia con respecto a la oferta de los servicios de salud Nariño***

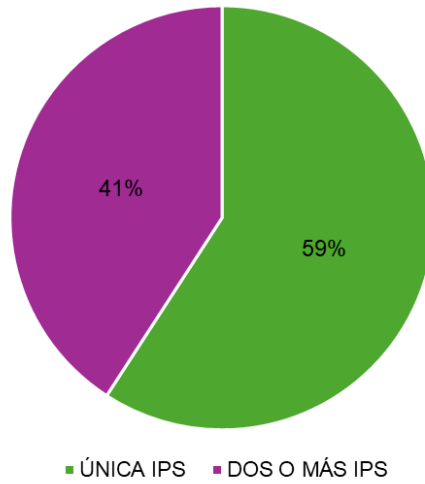
En línea con lo mencionado en el principio de este capítulo, es importante resaltar que la falta de competencia con respecto a la oferta de los servicios de salud en Nariño depende de los servicios médicos a prestar, por ejemplo, en muchos municipios servicios como el odontológico, ginecológico, de radiología, se prestan tanto por el Estado como por privados, evidenciándose competencia sobre la prestación de estos. Por otro lado, la prestación del servicio de medicina general, urgencias, oncológicas, intensiva, etc., no suele tener competencia en su prestación, siendo estas las más importantes, porque son en las que, en muchas ocasiones, se cobran la vida de la población y generan mayores costos que beneficios para los particulares.

De acuerdo con lo dicho, en Nariño se puede evidenciar que hay municipios donde hay más de una IPS, tanto estatal como de particulares, que compiten por diferentes servicios, aunque cabe mencionar, que muchos de ellos no prestan el servicio de urgencias, siendo este el de mayor dificultad. Sin embargo, hay otros municipios donde la competencia es inexistente, posicionándose una única I.P.S que es del Estado y se encarga de prestar el servicio en el municipio, así como se refleja a continuación:

---

<sup>145</sup> Ibidem. Pág. 383.

**IPS PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN NARIÑO**



**Gráfica 7:** Creada a partir de la información otorgada por: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). (2024) Recuperado de: <https://prestadores.>

Única I.P.S		Dos o más I.P.S	
Albán	Aldana	Arboleda	Barbacoas
Ancuya	Belén	Buesaco	Chachagüí
Colón	Consaca	Córdoba	Cuaspuđ
Contadero	Cumbitara	Cumbal	El Charco
El Peñol	El Rosario	El Tablón de Gómez	El Tambo
Francisco Pizarro	Funes	Guachucal	Guaitarilla
Gualmatán	Iles	Imues	Ipiales
La Cruz	La Florida	La Unión	Nariño
La Llanada	La Tola	Olaya Herrera	Pasto
Leiva	Linares	Policarpa	Samaniego
Los Andes Sotomayor	Magüí	Sandoná	Santa Bárbara
Mallama	Mosquera	Santacruz	Tumaco
Ospina	Potosi	Túquerres	Yacuanquer
Providencia	Puerres		
Pupiales	Ricaurte		

Roberto Payán	San Bernardo		
San Lorenzo	San Pablo		
San Pedro de Cartago	Sapuyes		
Taminango	Tangua		

Tabla 10: Creada a partir de la información otorgada por: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). (2024) Recuperado de: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

De lo anterior, podemos observar que, de los 64 municipios de Nariño, 38 municipios, equivalentes al 59%, cuentan únicamente con una I.P.S, mientras 26 municipios, equivalentes al 41% cuentan con dos o más I.P.S. De igual forma, es importante aclarar que, de los 38 municipios que cuentan únicamente con una I.P.S no todos presentan las situaciones que se mostraron anteriormente, por lo que, no en todos se dificulta la prestación del servicio. Por eso, creamos una escala, donde se muestra el nivel de incidencia de las situaciones descritas en los municipios en la prestación del servicio de salud, que puede ser:

<b>Incidencia</b>	<b>Convergencia de fenómenos naturales</b>	<b>Conflicto armado</b>	<b>Consumo humano de agua potable</b>	<b>Conectividad</b>
<b>Crítica</b>	Alerta permanente	Alerta permanente	Riesgo Alto en zonas rurales y urbanas	*Falta de carreteras terrestres o malas carreteras *Falta de transporte adecuado *Más de seis horas de viaje hasta Pasto o Ipiales
<b>Alta</b>	Alerta permanente	Alerta permanente	Riesgo Alto, Medio y Bajo en zonas rurales y urbanas	*Malas carreteras *Falta de transporte adecuado *Dos a seis horas de viaje hasta Pasto o Ipiales
<b>Media</b>	No cuenta con alerta permanente	No cuenta con alerta permanente	Riesgo Alto, Medio, Bajo, Sin riesgo en zonas rurales y urbanas	*Buenas carreteras *Transporte adecuado *Una a tres horas de viaje hasta Pasto o Ipiales
<b>Baja</b>	No cuenta con alerta permanente	No cuenta con alerta permanente	Riesgo Medio, Bajo, Sin riesgo en	*Buenas carreteras *Transporte adecuado *Menos de una hora

			zonas rurales y urbanas	de viaje hasta Pasto o Ipiales
--	--	--	-------------------------	--------------------------------

**Tabla 11: Creada a partir de la información recolectada en todo el presente capítulo. Escala de incidencia de convergencia de fenómenos naturales. conflicto armado, agua potable y conectividad en la prestación del servicio de salud en el departamento de Nariño.**

Es así como, la incidencia crítica dificulta de manera crítica la prestación del servicio de salud. La incidencia alta, dificulta en gran medida la prestación del servicio de salud. La incidencia media, dificulta en menor medida la prestación del servicio de salud. Y, la incidencia baja, no dificulta la prestación del servicio de salud. De acuerdo con esto podemos decir que, de los 38 municipios que cuentan únicamente con una I.P.S:

Incendencia	Crítica	Alta	Media	Baja
1	Francisco Pizarro	Colón	Alban	Aldana
2	La Tola	Cumbitara	Ancuya	Contadero
3	Roberto Payán	El Peñol	Belén	Gualmatán
4		El Rosario	Consaca	La Florida
5		La Llanada	Funes	Potosi
6		Leiva	Iles	Puerres
7		Los Andes	La Cruz	Pupiales
8		Magüí	Linares	Tangua
9		Mosquera	Mallama	
10		Providencia	San Bernardo	
11		Ricaurte	San Lorenzo	
12			San Pablo	
13			San Pedro de Cartago	
14			Sapuyes	
15			Taminango	

**Tabla 12: Creada a partir de la información recolectada en todo el presente capítulo. Escala de incidencia de convergencia de fenómenos naturales. conflicto armado, agua potable y conectividad en la prestación del servicio de salud en el departamento de Nariño.**

Por lo que, puede concluirse que 8 de esos 38 municipios realmente no presentan dificultad al momento de prestar el servicio de salud, que 15 municipios presentan una dificultad menor para la prestación del servicio, que 11 municipios presentan mayor

dificultad para la prestación del servicio, pero, que son 3 municipios que se encuentran en situación crítica. Siendo estas dos últimas donde las condiciones adversas anteriormente mencionadas, agravan aún más la problemática relacionada con el acceso a la atención médica. La escasez de prestadores de salud se traduce en el riesgo económico que genera la creación de nuevos servicios de salud que cumplan con los estándares mínimos requeridos.

Es importante mencionar que, en algunos casos, se observa que incluso los prestadores existentes pueden operar con requisitos mínimos, o en ocasiones, omitiendo ciertas regulaciones. Esta situación se presenta porque la disponibilidad de un único prestador de servicios de salud podría resultar más beneficiosa para la población en comparación con no tener un sistema de atención. La ausencia de competencia no solo afecta la calidad de atención, sino que también puede conducir a un deterioro en las condiciones generales de salud en esos municipios.

Esta situación se evidencia en el registro de sanciones que tienen los prestadores de salud, pues, cumplir con las condiciones de habilitación se convierte en un reto, pues como se evidencia en la Resolución 3100 de 2019,

*"Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones:*

*3.1. Capacidad técnico-administrativa. Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.*

*3.2. Suficiencia patrimonial y financiera. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS y Transporte Especial de Pacientes.*

*3.3. Capacidad tecnológica y científica. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Profesionales independientes de salud, Entidades con Objeto Social Diferente, Transporte Especial de Pacientes.*"<sup>146</sup>

Como se evidencia, los anteriores criterios son esenciales para poner en funcionamiento a los prestadores de salud y garantizar la atención adecuada a la población. No obstante, en los municipios mencionados surgen carencias críticas que obstaculizan el cumplimiento de estos estándares fundamentales de salud.

*"El Ministerio de Salud expidió la resolución 544 de 2023 a través de la cual modifica nueve artículos de la Resolución 3100 de 2019 [...]"*

*Los prestadores que atiendan exclusivamente en la modalidad extramural,*

---

<sup>146</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. 3 de abril de (2023). Resolución 544 de 2023. Art. 3. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%2023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%2023.pdf)

*deberán cumplir en sus sedes los requisitos determinados en el criterio 46 del estándar de infraestructura aplicable a todos los servicios del Manual de la resolución: contara con un área para almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos, equipos biomédicos y archivo de historias clínicas y registros.*

*Las IPS que presten servicios de urgencias, de cirugía o de cuidado intensivo neonatal, pediátrico o adulto funcione en instalaciones construidas antes de 2010, en la inscripción del servicio deben aportar evidencias de los estudios de vulnerabilidad estructural y el plan de reforzamiento, si se construyó después de dicho año, solo debe aportar la licencia de construcción que hace constar su destinación para la prestación de servicios de salud.”<sup>147</sup>*

Por lo que, en el siguiente capítulo entraremos a abordar, entre otras cosas, estos requisitos habilitadores como garantías primarias y su relevancia en la prestación eficiente del servicio de salud en el departamento de Nariño.

#### **Capítulo IV: Comportamiento de las instituciones que, en el departamento de Nariño, ejecutan la función de garantía primaria**

Como se ha explicado anteriormente, la salud es un derecho importante que se conecta con otros haciendo posible la vida digna de las personas, razón por la cual es importante que existan unas instituciones que garanticen su prestación o sanción en caso de su vulneración. Es por eso que, el departamento de Nariño se encarga de garantizar la prestación de la salud, en primer lugar, siguiendo la regulación nacional existente al respecto, siendo para nuestro caso relevante la Resolución 3100 de 2019 complementada por la Resolución 544 de 2023, ambas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La importancia de las Resoluciones mencionadas radica en los requisitos propuestos para certificar a los prestadores del servicio de salud y sancionar a quienes no cumplen con los requisitos propuestos, siendo estos requisitos relevantes, debido a que, de su calidad, seguridad y acceso depende la prestación eficiente de este servicio.

Siendo necesario que en este capítulo tengamos en cuenta la descentralización existente en Nariño con respecto al Instituto Departamental de Salud, los requisitos habilitantes necesarios para que una institución preste el servicio de salud y que sucede en caso de que estos no se cumplan; y las redes de atención que existen en el departamento.

---

<sup>147</sup> Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2023). Minsalud modificó algunos aspectos de habilitación para prestadores de servicios de salud. Revista Hospitalaria. Recuperado de: <https://revistahospitalaria.org/actualidad/minsalud-modifico-algunos-aspectos-de-habilitacion-para-prestadores-de-servicios-de-salud/>

## **Descentralización del sector salud en Nariño**

En Colombia, evidenciamos que la mayoría de departamentos cuentan con una Secretaría de Salud que se encarga de hacer inspección y control de este sector tan importante, de igual forma, le *“corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia”*<sup>148</sup> Sin embargo, a diferencia del resto del país, Nariño y Norte de Santander no cuentan con una secretaría sino con un Instituto Departamental de Salud, observándose que,

*“Mediante el Decreto 401 de Julio 15 de 1993 de la Gobernación de Nariño, organiza el Sistema de Salud del Departamento de Nariño y se crea el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, un establecimiento público descentralizado del orden departamental, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con una Junta Directiva, un Director nombrado por el Gobernador del Departamento y una planta de personal; sujeto a lo regulado en la Ley 10 de 1990 y a las demás disposiciones que le son aplicables como establecimiento público.”*<sup>149</sup>

Así mismo, el IDSN menciona que,

*“Que según lo reglamentado en la Ley 872 de 2003 en su artículo 2° “El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en marcha en forma obligatoria en los organismos y entidades del Sector Central y el Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden Nacional, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993.”*<sup>150</sup>

Mediante Derecho de Petición ante el IDSN se obtuvo el Decreto 401 de 1993, el cual menciona

*“La descentralización y la participación de la comunidad serán los principios rectores. Se propiciará y aceptará estos principios no solo en la planeación, administración y vigilancia de la prestación de servicios, sino también en el diseño de proyectos para abatir factores de riesgo e incidir en las condiciones socioeconómicas en busca de una mejor calidad de vida”*<sup>151</sup>

Evidenciándose que, IDSN cuenta con mayor autonomía administrativa para actuar con respeto a la prestación del servicio de salud en el departamento de Nariño.

## **Requisitos de habilitación**

---

<sup>148</sup> Congreso de la República. (21 de diciembre del 2001). Ley 715 de 2001. Art. 43, inciso 1. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>

<sup>149</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2013). Quienes somos. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/quienes-somos/331-instituto-departamental-de-salud-de-narino>

<sup>150</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (11 de febrero de 2013). Resolución 1778 de 2013. Pág. 1. Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/normatividad2013/res\\_1778\\_2013.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/normatividad2013/res_1778_2013.pdf)

<sup>151</sup> Gobernación de Nariño. (15 de julio de 1993). Decreto 401 de 1993. Art. 2, inciso 2.

Ahora bien, los requisitos de habilitación son importantes para nuestro estudio, debido a que, después de hacer una verificación de ellos el IDSN se encarga de auditar a las I.P.S o a los prestadores, sean estatales, privados o comunidades organizadas para prestar el servicio de salud, con la intención de habilitar y certificar al prestador de salud, tal como se evidencia en la Resolución 3100 de 2019, la cual menciona que,

*“Es realizada por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con posterioridad a la habilitación de los servicios de salud y conforme al plan de visitas. Permite certificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación.*

*Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables a los servicios verificados, autorizará al prestador de servicios de salud, a través del REPS, la generación del certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud verificados en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles contados a partir de la fecha de cierre de la visita.*

*En las visitas de verificación, solo se podrán adoptar las medidas de seguridad definidas en los literales a) y b) del artículo 576 de la Ley 9 de 1979, cuando se identifique la ocurrencia de un hecho o situación que atente o pueda significar peligro para la salud individual o colectiva, estas medidas son de carácter preventivo y transitorio. Cuando se presente cualquier otra situación se adoptarán las demás medidas definidas en el referido artículo de la Ley 9 de 1979, en caso de ser necesario.*

*PARÁGRAFO. A la institución prestadora de servicios de salud, objeto de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, no se le realizará visita de verificación. La Superintendencia Nacional de Salud verificará que dichas instituciones cumplan con las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras correspondientes.”<sup>152</sup>*

Entonces, la función de las visitas para la certificación es muy importante, porque se asegura que las instituciones cumplan con los estándares necesarios para ofrecer servicios de calidad. Estas visitas permiten verificar el cumplimiento de normativas y protocolos que garanticen la atención adecuada a los pacientes, contribuyendo así a la protección de su derecho fundamental a la salud.

---

<sup>152</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de noviembre de 2019). Resolución 3100 de 2019. D.O. 51.149. Art. 15. Recuperado de: [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion\\_minsaludps\\_3100\\_2019.htm#15](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm#15)

Además, al identificar posibles fallas o áreas de mejora en el servicio, se busca disminuir los riesgos asociados a estas deficiencias. También se hace con el objetivo de implementar la confianza en los servicios de salud y crear una cultura de mejora continua en la atención sanitaria. Es por eso que, en cumplimiento de estas obligaciones de custodia ante el derecho de salud se ha implementado unas funciones reguladoras, de acuerdo con la Resolución en mención, *“la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente resolución.”*<sup>153</sup>

En el caso del departamento de Nariño, la entidad a cargo es el IDSN, por lo tanto, son los que llevan a su cargo la inspección, vigilancia y control. Una de las funciones fundamentales, y en la cual focalizamos nuestro estudio son, los Estándares y Criterios de Habilitación Aplicables a Todos los Servicios, por lo tanto, son los básicos para la prestación del servicio, los cuales están clasificados de la siguiente manera:

#### **a) Talento Humano**

El talento humano es esencial para el adecuado funcionamiento del servicio de salud, puesto que el personal médico y auxiliar es la primera línea de atención al paciente. Su capacitación y habilidades son cruciales para ofrecer diagnósticos precisos y tratamientos efectivos.

De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, el Estándar de Talento Humano en Salud, establece requisitos esenciales para asegurar la calidad y seguridad en la atención médica. Los profesionales de la salud deben poseer títulos de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, con convalidación por el Ministerio de Educación si son extranjeros, además de presentar copia de la resolución de autorización del ejercicio profesional o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Las instituciones de salud deben calcular la cantidad adecuada de personal según la capacidad instalada y necesidades de atención, y los prestadores de servicios deben establecer convenios con instituciones educativas para facilitar prácticas formativas.

Aunque este estándar es un requisito obligatorio y fundamental para el adecuado funcionamiento de las I.P.S, las circunstancias previamente mencionadas reflejan que cumplir con este requisito de talento humano no resulta una tarea sencilla. Esta dificultad se acentúa especialmente en las zonas vulnerables del departamento de Nariño, donde se presentan diversas problemáticas que afectan la disponibilidad y calidad del personal de salud.

---

<sup>153</sup> Ibidem. Art. 25.

Factores como la falta de recursos, las limitaciones en la formación y capacitación de profesionales, así como el contexto socioeconómico adverso, contribuyen a que muchas I.P.S enfrenten serios desafíos para garantizar un equipo humano suficiente.

## **b) Infraestructura**

Como se menciona en el Anexo Técnico denominado Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud, en adelante denominado como el Anexo Técnico, define la infraestructura como *“las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.”*<sup>154</sup>

Cuando la prestación del servicio es extramural en la modalidad de domiciliarios, debe tenerse en cuenta que, el domicilio del paciente debe contar con servicios públicos domiciliarios y unidad sanitaria o baño. De igual forma, debe contar con condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección evidentes y responder a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.

Asimismo, la unidad móvil debe cumplir con los criterios del servicio de salud de la modalidad intramural con respecto a los servicios a prestar, los ambientes y áreas. Igualmente, debe tener: a) Un suministro de agua potable permanente, b) Un tanque para el almacenamiento de aguas residuales, las cuales no deben vertirse en la vía pública o en el cauce fluvial, c) Identificación visual como unidad móvil terrestre o acuática, d) Acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa. e) Señalización y condiciones que garanticen la seguridad durante el abordaje, incluyendo el ingreso de personas con discapacidad. f) Estructuras firmes para el ingreso y salida de pacientes y usuarios, con protecciones laterales a espacios libres. g) Señalización de áreas restringidas al interior de la unidad móvil, así como las barreras o mecanismos que impidan el ingreso de usuarios a las áreas restringidas. En caso de *“unidades móviles marítimas o fluviales, las uniones con tierra firme son continuas, sin desniveles y permiten el flujo de camillas y sillas de ruedas.”*<sup>155</sup>

Por lo que, podemos evidenciar que, una buena infraestructura es importante para la prestación de este servicio, debido a que, esta infraestructura no puede implicar un riesgo más para los pacientes que van en busca de atención por su falta de mantenimiento que genere riesgos de infecciones, de generar otras enfermedades o incluso de provocar accidentes.

---

<sup>154</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 8. Condiciones de habilitación. 8.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica. 8.3.1. Estándares de habilitación. 8.3.1.2. Infraestructura.

<sup>155</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 11. Estándares y criterios de habilitación. 11.1 Estándares y criterios aplicables a todos los servicios. 11.1.2. Estándar de infraestructura. Criterios de infraestructura para las modalidades extramural y telemedicina.

Sin lugar a dudas, la revisión constante de la infraestructura es un estándar de revisión fundamental para garantizar el desarrollo eficiente de los procedimientos. No obstante, en algunas zonas de Nariño, el mantenimiento y cuidado de esta infraestructura enfrenta desafíos significativos. La complejidad de la situación se agrava por factores como la ubicación geográfica, que incluye terrenos difíciles de acceder, las condiciones climáticas, que pueden variar drásticamente y afectar la durabilidad de las estructuras.

También la presencia del conflicto armado, que limita las posibilidades de intervención y desde luego, compromete la seguridad de los operativos de mantenimiento. Todo esto convierte el cuidado de la infraestructura en un reto constante, que requiere no solo de un enfoque integral y sostenible, sino también de un compromiso activo por parte de las autoridades y la comunidad para asegurar que estas instalaciones puedan cumplir su función de manera óptima.

### **c) Dotación**

El Anexo Técnico dice que, la dotación *“son las condiciones mínimas e indispensables que garantizan los equipos biomédicos necesarios, así como sus mantenimientos, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.”*<sup>156</sup>

Asimismo, el Anexo Técnico menciona que, el prestador del servicio de salud debe contar con un registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud. De igual forma, el prestador debe garantizar las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, por lo que, cuenta con:

*“2.1. Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante.*

*2.2. Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédico(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.”*<sup>157</sup>

El prestador también *“cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran, el cual puede ser desarrollado*

---

<sup>156</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 8. Condiciones de habilitación. 8.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica. 8.3.1. Estándares de habilitación. 8.3.1.3. Dotación.

<sup>157</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 11. Estándares y criterios de habilitación. 11.1 Estándares y criterios aplicables a todos los servicios. 11.1.3. Estándar de dotación.

*por el fabricante, importador o por el mismo prestador.*<sup>158</sup>

*Ahora, “la suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.”*<sup>159</sup>

*Finalmente, “el mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero.”*<sup>160</sup>

Claramente, los equipos utilizados en la prestación del servicio de salud son de vital importancia para alcanzar resultados óptimos en la atención al paciente. La calidad de la infraestructura y de los dispositivos médicos puede marcar la diferencia en la efectividad de los diagnósticos y tratamientos, así como en la experiencia del paciente. Sin embargo, existen áreas geográficas y comunidades que enfrentan serias limitaciones en cuanto a los recursos disponibles para la salud, lo que dificulta el acceso a tecnología médica avanzada y actualizada.

En muchos casos, las I.P.S se ven obligadas a operar con lo mínimo indispensable para garantizar su habilitación y funcionamiento. Esto en razón a la falta de inversiones significativas en dotación, que a menudo se traduce en la imposibilidad de adquirir equipos médicos modernos, lo que a su vez impacta la calidad de atención que pueden ofrecer. Además, las dificultades para la asignación de presupuesto y la gestión financiera en salud complican aún más la capacidad de las I.P.S de hacer frente a estas necesidades.

Las razones de esta problemática son complejas y abarcan aspectos económicos, políticos y sociales. Por un lado, la escasez de recursos financieros limita no solo la compra de tecnología avanzada, sino también la formación continua del personal de salud, que es fundamental para maximizar el uso de los equipos disponibles. Por otro lado, la carga administrativa y las regulaciones relacionadas con la adquisición de equipos médicos pueden hacer que las I.P.S se sientan desincentivadas a invertir en nuevos dispositivos, especialmente en contextos vulnerables.

#### **d) Medicamentos, dispositivos médicos e insumos**

Con respecto a esto, el Anexo Técnico dice que,

*“Son las condiciones mínimas e indispensables de procesos que*

---

<sup>158</sup> Ibidem.

<sup>159</sup> Ibidem.

<sup>160</sup> Ibidem.

*garantizan las condiciones de almacenamiento, trazabilidad, y seguimiento al uso de medicamentos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que utilice el prestador para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible”<sup>161</sup>*

El Anexo Técnico también menciona que, el prestador de servicios de salud debe llevar el registro con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que ofrecen. Igualmente, deben contar con información documentada los dispositivos médicos de uso humano, los reactivos de diagnóstico in vitro, los procesos generales, la planeación y ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, cuando aplique; requeridos para la prestación del servicio.

Así mismo, el prestador que,

*“Cuenta con reservas de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás insumos asistenciales, debe garantizar que se almacenen en condiciones apropiadas de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o el banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidenciar su registro, control y gestión.”<sup>162</sup>*

Ahora bien, al igual que en el punto anterior, *“la suficiencia de dispositivos médicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.”<sup>163</sup>* Finalmente, el prestador debe contar con un

*“Paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requiera. El prestador de servicios de salud define su contenido de acuerdo con los medicamentos utilizados y lo sugerido por el fabricante en las fichas técnicas.”<sup>164</sup>*

---

<sup>161</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 8. Condiciones de habilitación. 8.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica. 8.3.1. Estándares de habilitación. 8.3.1.4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

<sup>162</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 11. Estándares y criterios de habilitación. 11.1 Estándares y criterios aplicables a todos los servicios. 11.1.4. Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

<sup>163</sup> Ibidem.

<sup>164</sup> Ibidem.

Es un hecho que los insumos médicos juegan un papel crucial en la atención y salvaguarda de la salud humana. Estas herramientas son esenciales para que los profesionales de la salud puedan desempeñar su labor de manera efectiva y brindar atención adecuada a quienes lo requieren. Por esta razón, es fundamental asegurar que tanto la calidad como la custodia de estos insumos sean prioritarias y se manejen con el máximo cuidado.

Sin embargo, cuando se trata de distribuir medicamentos en áreas de difícil acceso, se presentan desafíos significativos que pueden comprometer la integridad de estos activos. Factores como condiciones geográficas adversas, situaciones de conflicto, o desastres naturales pueden aumentar el riesgo de deterioro y mala distribución de los insumos médicos. En el peor de los casos, existe la posibilidad de que estos nunca lleguen a su destino previsto, dejando a las comunidades más vulnerables desprotegidas ante emergencias de salud.

#### **e) Procesos prioritarios**

Los procesos prioritarios en la atención médica se caracterizan por proteger y supervisar los aspectos más relevantes del cuidado de la salud. Su adecuada implementación impacta directamente en la calidad del servicio brindado a los pacientes, minimizando los riesgos asociados a la prestación del servicio. Estos procesos no solo deben ser establecidos, sino también comunicados y comprendidos por todo el personal de salud involucrado, lo que requiere una capacitación continua.

La gestión eficiente de estos procesos contribuye a optimizar la atención en los diferentes servicios de salud, cumpliendo con estándares de calidad que benefician al paciente. Teniendo en cuenta el Anexo Técnico, el prestador del servicio de salud debe adoptar y realizar unas prácticas seguras y contar con documentación adecuada para, entre otras cosas: a) Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo el nombre completo y número de identificación) b) Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales. c) Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

Asimismo, el prestador debe promover la cultura de seguridad del paciente, lo cual involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo, a través de

*“5.1. Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención.*

*5.2. Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el*

*autocuidado de su seguridad.*"<sup>165</sup>

De igual forma, con respecto a la modalidad extramural de jornadas en salud y unidad móvil, debe haber una *“orientación a los usuarios sobre las condiciones, requisitos y restricciones de acceso, permanencia y salida del vehículo, en condiciones de rutina o en condiciones de emergencia, a cargo del conductor del vehículo y el talento humano en salud.”*<sup>166</sup> Además, debe haber unos mecanismos que *“garanticen comunicación para el seguimiento de los pacientes que lo requieran”*<sup>167</sup>.

Lo anterior, es de suma importancia, pues gracias a este proceso se disminuye significativamente el riesgo de que se cometan faltas médicas. La comunicación entre el personal de salud y los pacientes también es muy relevante, pues el sistema debe adaptarse a las necesidades de cada persona, por lo tanto, no únicamente se debe destacar un buen servicio técnico sino también habilidades sociales, como la empatía. Todo lo anterior con el objetivo de que exista certeza sobre el servicio, es decir que se garantice la seguridad del paciente en sentido integral.

#### **f) Historia clínica y registros**

En el Anexo Técnico se hace mención de las diferentes modalidades de atención en el ámbito de la salud, que se dividen en intramural y extramural, ofreciendo diversos enfoques como unidad móvil, domiciliaria, jornada de salud y telemedicina. Cada atención inicial a un usuario involucra el proceso de apertura de una historia clínica, asegurando que todos los pacientes cuenten con esta documentación. Los prestadores de servicios de salud están obligados a mantener una historia clínica única, con procedimientos bien definidos para el registro, entrada y salida de historias del archivo físico. Además, se asegura la confidencialidad y seguridad de los datos mediante medios electrónicos que garantizan la permanencia de los registros sin posibilidad de modificaciones posteriores, cumpliendo con los estándares normativos establecidos. La historia clínica debe ser clara y legible, y cada anotación debe contener la fecha, hora, y la firma del autor, diligenciados de forma inmediata tras la atención, esto es para garantizar la integridad y la disponibilidad de la información en todo momento.

La modalidad extramural se caracteriza por la custodia de la historia clínica por parte del prestador de servicios de salud, y esta incluye registros específicos dependiendo de la atención brindada, ya sea domiciliaria, en jornadas de salud o a través de una unidad móvil. También es necesario implementar

---

<sup>165</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 11. Estándares y criterios de habilitación. 11.1 Estándares y criterios aplicables a todos los servicios. 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios.

<sup>166</sup> Ibidem

<sup>167</sup> Ibidem.

mecanismos como mantener un plan de contingencia para asegurar la continuidad del servicio en caso de fallas. Cada atención realizada en esta modalidad debe ser documentada y almacenada, integrándose de manera íntegra en la historia clínica del paciente.

Lo anterior, con la obligación de salvaguardar los derechos del paciente, como su intimidad, la protección de sus datos, y realizar un seguimiento óptimo de su historial clínico. Lastimosamente, muchas zonas del departamento no cuentan con las herramientas tecnológicas necesarias para recopilar esta información tan importante para hacer un seguimiento del paciente, sino que en muchos casos los archivos son físicos y tienden a perderse con el paso del tiempo, debido, por ejemplo, a la humedad de la zona donde se archivan o por inundaciones u otras circunstancias. Lo cual implica perder una información relevante para la prestación eficiente del servicio de salud.

#### **g) Interdependencia**

De acuerdo con el Anexo Técnico, en este,

*“Se definen los servicios de salud y de apoyo los cuales son indispensables para prestar en forma oportuna y segura el servicio de salud que los requiere.*

*Los servicios que se definen en la interdependencia de cada servicio pueden ser propios o contratados, en cualquier caso, cuando se trate de servicios de salud deben estar habilitados por una de las partes, no se permite la doble habilitación de un servicio.”<sup>168</sup>*

Es importante resaltar en este punto que, *“cuando el servicio interdependiente sea contratado, debe mediar un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependiente apoya el servicio principal”<sup>169</sup>*

Cuando estos estándares y criterios de habilitación no llegan a cumplirse por parte del prestador de servicios se da una sanción al prestador del servicio. De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019,

*“Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una institución prestadora de servicios de salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la secretaría de salud departamental o distrital, [...] en conjunto con el prestador y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en un plazo de cinco*

---

<sup>168</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 8. Condiciones de habilitación. 8.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica. 8.3.1. Estándares de habilitación. 8.3.1.7. Interdependencia.

<sup>169</sup> Ibidem. Anexo Técnico. 11. Estándares y criterios de habilitación. 11.1 Estándares y criterios aplicables a todos los servicios. 11.1.7. Estándar de interdependencia.

(5) días, previos al cierre, un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes, según sus necesidades y condiciones médicas.

*En aquellos casos de cierre de servicios de una institución prestadora de servicios de salud por una intervención forzosa administrativa para liquidar o para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o por actuación administrativa para suprimir y liquidar por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, [...] el prestador que asuma los servicios en el mismo domicilio y sedes, deberá efectuar el procedimiento de inscripción establecido en el artículo 7 de la presente resolución y habilitar los servicios que vaya a continuar prestando ante la secretaría de salud departamental o distrital, [...].”<sup>170</sup>*

El IDSN y la Gobernación de Nariño mencionan que, en cuestión de oferta de servicios habilitados, el departamento tiene:



**Imagen 12: Creada a partir de la información otorgada por: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2024). Plan Territorial en Salud. Índice de Necesidades en Salud (INS) del año 2023. Pág. 11. Recuperado de: <https://plannedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo Plan Territorial de Salud Dpto de Nariño 2024 IDSN .pdf>**

Evidenciándose que no todos cumplen con la prestación de los servicios de salud más importantes, debido a su falta de cumplimiento en los estándares y criterios de habilitación, dejando a las zonas más vulnerables sin la prestación adecuada de este servicio.

### **Redes de Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS)**

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, las RIPSS son,

<sup>170</sup> Ibidem. Art. 19, Incisos 1 y 2.

*“El conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.”<sup>171</sup>*

Por su parte, el IDSN, menciona que,

*“Coloca a disposición de las instituciones de salud y de la ciudadanía en general, la Red de Prestación de Servicios de Salud del departamento, para lo cual se estructuró un Modelo de Atención en Salud y se elaboró un estudio de la situación de la prestación pública de los servicios de salud en el territorio nariñense, enfocados a mejorar el acceso con calidad y oportunidad en la atención, y prestación de los servicios de salud de los nariñenses, optimizando el uso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público.”<sup>172</sup>*

Lo cual implica que, *“las unidades prestadoras de servicios de salud distribuidas estratégicamente en el territorio departamental deberán garantizar la Atención Primaria en Salud de las comunidades, permitiéndoles el acceso a la asistencia sanitaria esencial, de acuerdo a sus condiciones sociales, económicas y geográficas”<sup>173</sup>* siguiendo con lo establecido en la Ley 715 de 2001, que dice que,

*“El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.”<sup>174</sup>*

El IDSN también menciona que, la Red de Prestación de Servicios de Salud de Nariño se organizó en 5 Nodos de salud, los cuales prestan el servicio de acuerdo con el

---

<sup>171</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Pág. 7. Recuperado de: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/Modulo RIPSS Lineamientos Conformacion Organizacion Gestion Seguimiento Evaluacion.pdf](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/Modulo_RIPSS_Lineamientos_Conformacion_Organizacion_Gestion_Seguimiento_Evaluacion.pdf)

<sup>172</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2014). Red de prestación de servicios de salud en Nariño se reorganizó de acuerdo al modelo de atención en salud del departamento. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/1076-red-de-prestacion-de-servicios-de-salud-en-narino-se-re-organizo-de-acuerdo-al-modelo-de-atencion-en-salud-del-departamento>

<sup>173</sup> Ibidem.

<sup>174</sup> Congreso de la República. (21 de diciembre del 2001). Ley 715 de 2001. Art. 54, Inciso 1. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>

nivel de complejidad y la ubicación geográfica de cada municipio. Por lo que, en total, hay 314 puntos de atención públicos, entre sedes principales y Centros de Salud, “el 25% están ubicados en el Nodo Centro, 23% en el Nodo Sur, el 34% en el Nodo Occidente, el 8.5% en el Nodo Norte y el 8,5% restante se encuentra en Nodo Centro Occidente.”<sup>175</sup> Igualmente, en Nariño, es obligatoria la vinculación de las IPS Públicas a las redes regionales.

A través de la Resolución 2197 de 2014 se adoptó el Manual de Referencia y Contrarreferencia para el Departamento, por medio del cual se dio a conocer los actores y la asistencia técnica con la que se busca garantizar la participación activa dentro del sistema, siendo el sistema de referencia y contrarreferencia, “el punto de articulación e interacción de todos los prestadores y las entidades responsables de pago, quienes garantizan la complementariedad de servicios de mayor complejidad cuando el usuario lo requiera tanto en consulta externa como en urgencias”<sup>176</sup> Por lo que,

*“La red pública de prestación de servicios de salud del departamento de Nariño tendrá como célula principal las IPS públicas de bajas complejidades existentes en los 64 municipios incluidas las IPS indígenas, que se encargarán de cubrir la demanda de este nivel en cada municipio. En el evento que la demanda sobrepase la capacidad resolutive de la institución de baja complejidad, a través de las entidades responsables de pago, se remitirá a un nivel de mayor complejidad, hasta solventar la demanda de servicios.”<sup>177</sup>*

Entonces, para la organización de la red de prestación de servicios de Nariño se crearon 5 Nodos de referencias y contrarreferencia, de acuerdo con la ubicación geográfica de cada municipio, de la siguiente manera:

**CENTRO:** *Está integrada por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Pasto, Leiva, Cumbitara, El Rosario, Linares, Policarpa, Ancuya, Albán, Funes, El Tablón De Gómez, El Peñol, Consacá, Sandoná, El Tambo, Buesaco, Chachaguí, Yacuanquer, La Florida, Tangua y Nariño, Linares.*

**SUR:** *[...] está integrada por los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Cumbal, Guachucal, Cuaspud, Aldana, Pupiales, Córdoba, Potosí, Gualmatán, Puerres, Ipiates, Iles y Contadero.*

**NORTE:** *[...] está integrada por los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de La Cruz, San Pablo, Arboleda, Belén, Colón, La Unión, San Bernardo, San Lorenzo, San Pedro de Cartago y Taminango.*

---

<sup>175</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2014). Red de prestación de servicios de salud en Nariño se reorganizó de acuerdo al modelo de atención en salud del departamento. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/1076-red-de-prestacion-de-servicios-de-salud-en-narino-se-re-organizo-de-acuerdo-al-modelo-de-atencion-en-salud-del-departamento>

<sup>176</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2023). Modelo de atención en salud y estudio de la situación de la prestación pública de servicios de salud en el departamento de Nariño. Red de prestación de servicios de salud. Pág. 185. Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/comunicaciones/2023/3\\_DOCUMENTO\\_RED\\_COMPL](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/comunicaciones/2023/3_DOCUMENTO_RED_COMPLETO_ENVIADO_2023.pdf)

<sup>177</sup> Ibidem.

**OCCIDENTE:** *Está integrada por las instituciones de los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Francisco Pizarro, Maguí, Roberto Payán, La Tola, El Charco, Olaya Herrera, Mosquera y Santa Bárbara.*

**CENTRO OCCIDENTE:** *[...] está integrada por los diferentes niveles de complejidad que existen en los municipios de Guaitarilla, La Llanada, Santacruz, Providencia, Imues, Ospina, Samaniego, Sapuyes, Túquerres, Los Andes, Mallama y Ricaurte.*<sup>178</sup>

Ahora bien, las RIPSS son importantes sobre todo en casos de urgencias, específicamente cuando se establece de alta complejidad, debido a que, como hemos evidenciado, no todos los prestadores cuentan con todos los servicios de salud y en varios municipios se presentan situaciones externas que dificultan la prestación del servicio, por lo que, en caso de presentarse una urgencia y emergencia se deben realizar traslados hacia un lugar donde los pacientes puedan ser atendidos de manera adecuada y para la necesidad que tengan, por eso debe tenerse en cuenta que el IDSN,

*“Ha organizado dentro de su estructura organizacional como coordinador desde el nivel departamental el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, que funciona las 24 horas, con coordinación por un profesional del área de la salud y la permanencia de médico regulador (desde el año 2005, 1 médico por turno, total 4) y radio operador (1 por turno, total 4), con una coordinación de un profesional del área de la salud. [...] a través de medios de comunicación por radio y telefónicos, coordinan las referencias de urgencias para la población no afiliada o producto de eventos de emergencias y desastres, teniendo en cuenta que los usuarios afiliados al sistema están bajo la responsabilidad de las EPS, [...] a través de sus centros de contactos respectivos; los cuales son apoyados por el CRUE en caso de así requerirse.”*<sup>179</sup>

Por lo anterior, se puede observar que en Nariño las redes de servicios establecidas en las regiones y subregiones, después de una evaluación de la capacidad instalada y oferta, y disponibilidad de estas, son:

*“En el Nodo Occidente el Hospital Sagrado Corazón de Jesús del Charco, para la parte norte del pacífico nariñense, el Hospital San Antonio de Barbacoas para la zona Centro y el Hospital San Andrés de Tumaco para la zona sur, son las instituciones de referencia para la complementariedad de baja complejidad. Este último, remite para complementar servicios de media complejidad a Pasto y en algunos casos por contingencia de orden público se hace necesario coordinar la referencia hacia la ciudad de Cali (vía aérea). En otros casos cuando desde la baja complejidad se solicitan servicios de especialidades de urgencias que no se ofertan en la IPS de media complejidad de la subregión, se procede a remitir y coordinar el mismo directamente a la ciudad de Pasto o*

---

<sup>178</sup> Ibidem. Págs. 185 - 186.

<sup>179</sup> Pág. 183

fuera del Departamento.

*En el Nodo Sur los servicios complementarios de baja complejidad son prestados por las E.S.E. de Cumbal y Guachucal; pero la prestación de servicios de urgencias, hospitalización y Rx del resto de municipios de esta Subregión se realiza en forma directa en el Hospital Civil de Ipiales, institución de referencia de mediana complejidad.*

*En el Nodo Norte, la complementariedad en el nivel de baja complejidad para algunos municipios limítrofes con el Cauca la realizan las E.S.E. hospitalarias de baja complejidad de los municipios de San Pablo y la Cruz; la complementariedad de servicios de baja complejidad de los municipios de Arboleda, Taminango y San Pedro de Cartago y de mediana complejidad de la subregión, la realiza el hospital Eduardo Santos de la Unión E.S.E. Lo anterior por cuanto las vías de acceso y la topografía de la región permiten la aplicación de esta estrategia de referencia.*

*Para el Nodo Centro Occidente se cuenta con los Hospitales de San José de Túquerres y Lorencita Villegas de Samaniego, los cuales realizan la complementariedad de los servicios de baja complejidad; además ofertan permanentemente las especialidades básicas de mediana complejidad que permiten garantizar una adecuada capacidad resolutive a la demanda de la subregión.*

*El Nodo Centro presenta la mayor dificultad para la coordinación de la complementariedad de baja complejidad en el municipio de Pasto y municipios aledaños, por cuanto no existen IPS hospitalarias de baja complejidad que puedan garantizar los servicios complementarios de este nivel. En la parte noroccidental de la subregión se cuenta con una Institución hospitalaria de baja complejidad como es el Hospital Clarita Santos E.S.E. ubicado en el municipio de Sandoná, que garantiza servicios a su población y al municipio de Ancuya. Las situaciones anteriores conllevan obligatoriamente a que el Hospital Universitario Departamental reciba la demanda de complementariedad de baja complejidad, los cuales por ser brindados en esta institución se convierten en eventos no Poss de mediana complejidad congestionando la oferta de servicios e incrementando los costos de atención con cargo a los recursos de mediana complejidad sin ser competencia de estos.”<sup>180</sup>*

Entonces,

*“El CRUE coordina las referencias de los servicios de urgencias y emergencias, [...]. Para eventos de contingencia y emergencia, el CRUE activa alertas zonales y/o departamentales dependiendo del evento y la afectación generada; coordina las redes de apoyo de acuerdo con las subregiones establecidas en lo correspondiente a red de transporte y recurso humano. Desde el IDSN se coordina la referencia y el apoyo necesario de acuerdo con el evento y, previa evaluación de la afectación, se realiza la reposición de botiquines a los lugares que lo requieran.*

---

<sup>180</sup> Págs. 183 - 184

*Para la operatividad de la red de urgencias, el CRUE, mantiene activo el sistema de información correspondiente a los componentes como son la red de transporte, la red de comunicaciones y el planeamiento hospitalario de emergencias; que permite conocer la capacidad instalada en cada institución con base en la cual el CRUE coordina la referencia de urgencias, emergencias y desastres, el apoyo y la activación de la red en caso de ser necesario. ”<sup>181</sup>*

Sin embargo, el gran problema de estas redes de apoyo siempre va a radicar en las distancias existentes entre los municipios vecinos del departamento y la mala conectividad del departamento, donde observamos que, en los casos más críticos que vienen siendo los de las zonas costeras, llegar de un municipio a otro “vecino” puede demorar hasta 16 horas, como se evidencia en la siguiente tabla:

Nodo	Subregión	Código	Municipio	Tiempo de traslado entre el municipio y su municipio vecino*	Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino*	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
OCCIDENTE	SANQUIANGA	52250	El Charco	Santa Bárbara	32	Fluvial	1	
				El Rosario	589	Fluvial- Terrestre	15	
				Magúí Payán	323	Fluvial-Terrestre	12	
				Leiva	650	Fluvial- Terrestre	13	
				La Tola	27	Fluvial	1	
		52390	La Tola	Roberto Payan	362	Fluvial	4	
				El Charco	27	Fluvial	1	
				Olaya Herrera	88	Fluvial	2	
		52473	Mosquera	La Tola	158	Fluvial	6	
				Roberto Payán	140	Fluvial	4	
				Olaya Herrera	70	Fluvial	3	45
				Francisco Pizarro	32	Fluvial	1	15
				Tumaco	30	Fluvial	1	15
		52490	Olaya Herrera	Mosquera	70	Fluvial	3	
				La Tola	88	Fluvial	2	
Roberto Payán	70			Fluvial	2			
52696	Santa Bárbara	El Charco	32	Terrestre	1			
OCCIDENTE	PACIFICO SUR	52520	Francisco Pizarro	Tumaco	30	Fluvial	1	
				Roberto Payán	172	Fluvial	4	
				Mosquera	32	Fluvial	1	
		52835	Tumaco	Francisco Pizarro	30	Fluvial	1	
				Ricaurte	88	Fluvial	2	30
				Barbacoas	142	Fluvial	8	
				Roberto Payán	156	Fluvial	5	

<sup>181</sup> Pág. 184

OCCIDENTE	TELEMBÍ	52079	Barbacoas	Magüí Payán	34	Fluvial - Terrestre	1	
				Cumbitara	400	Terrestre	16	30
				Los Andes	398	Terrestre	15	
				La Llanada	376	Terrestre	15	30
				Samaniego	353	Terrestre	15	
				Ricaurte	94	Terrestre	7	
				Tumaco	162	Terrestre	9	
				Roberto Payán	14	Fluvial		30
		52427	Magüí Payán	El Charco	323	Terrestre-Fluvial	12	
				Barbacoas	37	Terrestre	1	
				El Rosario	397	Terrestre	16	
				Policarpa	366	Terrestre	16	
				Cumbitara	434	Terrestre	21	
				Roberto Payan	51	Terrestre-Fluvial	1	30
		52621	Roberto Payan	Francisco Pizarro	172	Fluvial	4	
				Mosquera	140	Fluvial	4	
				La Tola	362	Fluvial	4	
				Olaya Herrera	70	Fluvial	2	
				Barbacoas	14	Fluvial		30
				Tumaco	156	Fluvial	5	
				Magüí Payán	51	Fluvial-Terrestre	1	30

**Tabla 13: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2023). Modelo de atención en salud y estudio de la situación de la prestación pública de servicios de salud en el departamento de Nariño. Red de prestación de servicios de salud. Pág. 9. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/images/documentos/comunicaciones/2023/3. DOCUMENTO RED COMPLETO ENVIADO 2023.pdf>**

Aún más críticas son las distancias desde estos municipios hasta la capital del departamento, donde se evidencia que los tiempos de recorrido y el tipo de transporte es el siguiente:

Código	#	Región	Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.				Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
				Terrestre	Marítimo	Fluvial	Total		
52001	1	CEN	Pasto	MUNICIPIO CAPITAL					
52696	2	SAN	Santa Bárbara	300 min.	360 min.	_____	660 min.	550	Terrestre y marítimo
52250	3	SAN	El Charco	300 min.	300 min.	_____	600 min.	465	Terrestre y marítimo
52390	4	SAN	La Tola	300 min.	300min.	_____	600 min.	460	Terrestre y marítimo
52490	5	SAN	Olaya Herrera	300 min.	270 min.	_____	570 min.	372	Terrestre y marítimo
52520	6	PAS	Francisco Pizarro	300 min.	120 min.	_____	420 min.	334	Terrestre y marítimo
52835	7	PAS	Tumaco	300 min.	_____	_____	300 min.	304	Terrestre
52473	8	SAN	Mosquera	300 min.	210 min.	_____	510 min.	302	Terrestre y marítimo
52427	9	TEL	Magüi Payán	780 min.	_____	_____	780 min.	270	Terrestre y Fluvial
52621	10	TEL	Roberto Payán	720 min.	_____	60 min.	780 min.	250	Terrestre y Fluvial
52079	11	TEL	Barbacoas	720 min.	_____	_____	720 min.	236	Terrestre
52405	12	COR	Leiva	270 min.	_____	_____	270 min.	185	Terrestre
52233	13	COR	Cumbitara	270 min.	_____	_____	270 min.	164	Terrestre
52418	14	GUA	Los Andes	180 min.	_____	_____	180 min.	162	Terrestre
52203	15	RIO	Colón	270 min.	_____	_____	270 min.	145	Terrestre
52612	16	PIE	Ricaurte	180 min.	_____	_____	180 min.	142	Terrestre
52385	17	GUA	La Llanada	210 min.	_____	_____	210 min.	140	Terrestre
52256	18	COR	El Rosario	135 min.	_____	_____	135 min.	124	Terrestre
52693	19	RIO	San Pablo	270 min.	_____	_____	270 min.	123	Terrestre
52435	20	PIE	Mallama	150 min.	_____	_____	150 min.	121	Terrestre
52227	21	EXP	Cumbal	150 min.	_____	_____	150 min.	120	Terrestre
52678	22	ABA	Samaniego	180 min.	_____	_____	180 min.	117	Terrestre
52699	23	ABA	Santacruz	135 min.	_____	_____	135 min.	108	Terrestre
52378	24	RIO	La Cruz	240 min.	_____	_____	240 min.	100	Terrestre
52317	25	EXP	Guachucal	120 min.	_____	_____	120 min.	99	Terrestre
52224	26	EXP	Cuaspuñ	150 min.	_____	_____	150 min.	96	Terrestre
52022	27	EXP	Aldana	135 min.	_____	_____	135 min.	95	Terrestre
52411	28	OCC	Linares	195 min.	_____	_____	195 min.	94	Terrestre

**Tabla 14: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2023). Análisis de situaciones en salud (ASIS), Departamento de Nariño, 2023. Pág. 42. Recuperado de:**

[https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/ASIS\\_2023\\_Departamento\\_de\\_Nari%C3%B1o.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/ASIS_2023_Departamento_de_Nari%C3%B1o.pdf)

Lo cual pone en grave riesgo la vida de los pacientes, generando una clara vulneración del derecho a la salud, debido a una convergencia de situaciones externas e internas de la prestación del servicio a la salud, donde se evidencia una prestación deficiente del servicio.

Además, como se puede observar en la red existente, esta se restringe exclusivamente a los sectores internos del departamento. Esto significa que en situaciones en las que ciertos municipios están más próximos a otros departamentos, no se presenta la oportunidad de recibir atención o servicios en esas áreas, lo que limita el acceso y la atención a la población. Esta limitación geográfica puede dificultar el desarrollo integral de los municipios afectados y generar brechas en la igualdad de oportunidades, ya que depende de la ubicación en relación con la infraestructura existente y a los servicios disponibles.

## Caso de Ejemplo: La Tola - Nariño



Imagen 12: Página 10. (2020). En La Tola, costa pacífica de Nariño, reportan masivo desplazamiento tras combates entre grupos armados ilegales. Conflicto armado. Recuperado de: <https://pagina10.com/web/en-la-tola-costa-pacifica-de-narino-reportan-masivo-desplazamiento-tras-combates-entre-grupos-armados-ilegales/>

La Tola es uno de los siete municipios costeros del departamento de Nariño, el cual es importante para nuestro estudio, debido a que, es uno de los tres municipios con la situación más crítica con respecto a la prestación del servicio de salud, junto con Francisco Pizarro y Roberto Payán, pues es un lugar en el que convergen varias situaciones que dificultan la prestación del servicio.

En primer lugar, La Tola está ubicada en una zona donde hay una alta probabilidad de tsunamis, así como de inundaciones, de igual forma, la percepción del movimiento es violenta con una alta probabilidad de que se den maremotos. En septiembre del año 2023<sup>182</sup>, el alcalde del municipio le pidió ayuda al Gobierno Nacional, debido a que, grandes olas estaban devastando el lugar.

En segundo lugar, se enfrenta al conflicto armado constantemente al estar ubicado en una zona estratégica para el narcotráfico, observándose que, en varias ocasiones la población de La Tola se ha visto inmersa en los enfrentamientos entre estos grupos

---

<sup>182</sup> Informativo del Guaico. (2023). Alcalde de La Tola Nariño solicita ayuda urgente del Gobierno Nacional tras devastación causada por fuertes olas. Recuperado de: <https://informativodelguaico.com/alcalde-de-la-tola-narino-solicita-ayuda-urgente-del-gobierno-nacional-tras-devastacion-causada-por-fuertes-olas/>

armados, de acuerdo con El Espectador<sup>183</sup>, en septiembre de 2022, 172 familias fueron desplazadas de La Tola debido al enfrentamiento entre las disidencias de las Farc y la Segunda Marquetalia. Igualmente, en marzo de 2021, “la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) informó que [...] cerca de 193 familias tuvieron que salir de las veredas San Pablo, Pueblito, Secadero, Las Delicias y Pangamoso, de La Tola, Nariño.”<sup>184</sup>

La presente situación de conflicto armado tiene un impacto significativo en los servicios de salud, deteriorando tanto la disponibilidad como la calidad de los mismos. Por ejemplo, el robo de motores de ambulancias-lanchas, entre otros incidentes similares, dificulta enormemente la capacidad de respuesta ante urgencias. Esta serie de eventos no solo compromete el transporte de pacientes en situaciones críticas, sino que también desestabiliza toda la infraestructura de salud existente, agravando la ya frágil situación de atención médica en La Tola.

En tercer lugar, la calidad del agua potable en el municipio es preocupante, para marzo de 2024, se informó que,

*“La situación es precaria en los municipios de La Tola, Nariño, y Ana Pana, en Guainía, en donde ningún hogar reportó acceso a agua tratada. Las cifras evidencian las enormes brechas con el resto del país en donde el 13,56% de los hogares no accede a agua de calidad. Esto significa que el agua para consumo no necesariamente cuenta con una infraestructura que la proteja adecuadamente de la contaminación externa que podría venir, por ejemplo, de la materia fecal, los metales pesados o los agroquímicos.”<sup>185</sup>*

De acuerdo con el IRCA, para agosto de 2024, La Tola se encontraba en Riesgo Medio en su zona urbana, por lo que, no es apta para el consumo humano, además no contaba con información de la calidad del agua en la zona rural. Esto claramente influye en la calidad de vida afectando directamente la salud de sus habitantes.

En cuarto lugar, La Tola no cuenta con comunicación terrestre con el resto del departamento, la única manera de llegar ahí es por lancha en un viaje que varía de tiempo según el municipio del que se realice, pero que es de aproximadamente nueve horas desde Tumaco, lo cual complica la comunicación del municipio con otras partes del departamento.

En relación con los criterios y estándares observados, en el municipio de La Tola, se

---

<sup>183</sup> El Espectador. (2022). Por conflictos entre grupos ilegales, 175 familias fueron desplazadas de La Tola. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/por-conflictos-entre-grupos-ilegales-175-familias-fueron-desplazadas-de-la-tola/>

<sup>184</sup> El Espectador. (2021). Enfrentamiento de grupos armados deja 476 personas víctimas de desplazamiento en Nariño. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/enfrentamiento-de-grupos-armados-deja-476-personas-victimas-de-desplazamiento-en-narino-article/>

<sup>185</sup> La Opinión. (2024). Más del 75% de los hogares de 95 municipios de Colombia no consume agua tratada. Recuperado de: <https://www.laopinion.co/colombia/mas-del-75-de-los-hogares-de-95-municipios-de-colombia-no-consume-agua-tratada>

logró adquirir a través de derecho de petición un informe de visita de verificación realizado en el año 2013<sup>186</sup>, que nos permite ejemplificar las malas condiciones con respecto a este tema, con las que pueden contar algunos municipios del departamento y del país, el cual nos muestra las serias deficiencias en la prestación de servicios de salud, evidenciándose que, a lo largo del tiempo, no se han observado mejoras significativas. La E.S.E de La Tola, Nuestra Señora del Carmen, cuenta con cinco sedes; una principal ubicada en el casco urbano y cuatro adicionales que operan como puestos de salud. Sin embargo, estas últimas carecen de atención integral, limitándose en gran medida a la infraestructura y a la prestación de servicios de enfermería, que generalmente solo se activan durante las brigadas de salud, ya sean médicas u odontológicas.

En cuanto a la atención en el centro de salud del casco urbano, se evidencian limitaciones significativas en el talento humano. Aunque el personal cuenta con las competencias básicas, el nivel de calificación es bajo; los profesionales más capacitados son el médico, el bacteriólogo y el odontólogo, mientras que la mayoría son enfermeros jefes y otros profesionales del área. A menudo, se encuentra que los cursos de actualización dispuestos por el ministerio que deberían tener los trabajadores de salud están desactualizados, la vigencia de los cursos en talento humano corresponde a dos años y suele suceder que al momento de hacer la verificación estos casi siempre están caducados. Por otra parte, en varias ocasiones se ha encontrado en la E.S.E de La Tola, la existencia de médicos migrantes no reglamentados, de Venezuela, o personal de salud que no está titulado, como estudiantes del país vecino, Ecuador. Siendo este tipo de falencias en talento humano habituales en zonas costeras, lo cual genera problemas al momento de determinar la responsabilidad médica, siendo importante destacar que,

*“En el campo de la ética-disciplinaria, la responsabilidad solamente es aplicable a los profesionales que son médicos titulados, por lo tanto, no es imputable a estudiantes de esa profesión, enfermeras o personas jurídicas como clínicas o sociedades. Es decir, existe para ellos una responsabilidad personal e intransmisible”<sup>187</sup>*

Evidenciándose que, en caso de ser necesario determinar la responsabilidad médica estatal, la E.S.E. podría tener problemas, puesto que, esta responsabilidad que debe asumir el talento humano es únicamente de los profesionales de salud inscritos en ReTHUS con el título de médico y el personal contratado no cuenta con esta inscripción.

Respecto a la infraestructura, ha habido algunos avances gracias a un proyecto de regalías; sin embargo, el estado anterior era alarmante, con reportes de condiciones

---

<sup>186</sup> Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2013). Informe de verificación.

<sup>187</sup> Ruiz, W. (2004). La responsabilidad médica en Colombia. Universidad Javeriana de Cali. Revista Criterio Jurídico. Vol. 4. (pág. 214). Recuperado de: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/1033/886>

sanitarias críticas y problemas como la presencia de murciélagos. Durante las auditorías, se documentaron riesgos asociados al manejo de residuos hospitalarios, que fueron encontrados al aire libre y expuestos a roedores, lo que llevó a sanciones.

Ahora bien, la dotación de equipos biomédicos siempre ha sido un desafío. Generalmente, el mantenimiento preventivo y la calibración de los equipos no se realizan, lo que provoca falencias significativas en su funcionamiento. Aunque los equipos que se utilizan no son de alta complejidad, existe un riesgo inherente de error en los diagnósticos, como la posibilidad de que un paciente hipertenso muestre valores normales de tensión arterial. Lo anterior se demuestra en la siguiente tabla:

No.	Causas	Casos	%	Tasa por cada 100.000 hb
	<b>52390 - La Tola</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>290,9</b>
1	000 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	5	22,7	66,1
2	109 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	9,1	26,4
3	107 Enfermedad por el VIH (SIDA)	1	4,5	13,2
4	108 Infecciones respiratorias agudas	1	4,5	13,2
5	303 Enfermedades isquémicas del corazón	1	4,5	13,2
6	307 Enfermedades cerebrovasculares	1	4,5	13,2
7	402 Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1	4,5	13,2
8	404 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	1	4,5	13,2
9	406 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1	4,5	13,2
10	504 Accidentes por disparo de arma de fuego	1	4,5	13,2
	Resto de causas	7	31,8	

**Tabla 15: Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2022). Boletín Epidemiológico Instituto Departamental de Salud de Nariño, Indicadores Básicos de Salud (IBS). Pág. 212. Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/indicadores/boletin\\_IBS\\_2022.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/indicadores/boletin_IBS_2022.pdf)**

Es así como se pone en evidencia que, las primeras causas de mortalidad no fetal en el municipio La Tola son signos, síntomas y afecciones mal definidas, lo que implica una relación directa con el deterioro y la ausencia de las herramientas correctas que el talento humano tiene acceso para determinar ciertas enfermedades como la mencionada con anterioridad.

Adicionalmente, se ha observado un deterioro en los activos médicos, se han presentado situaciones como que el personal asistencial y administrativo se han adueñado de los equipos hasta que se regularicen sus salarios. Esta situación refleja una falta de apropiación adecuada en el cuidado de los equipos biomédicos y de cómputo. Esta fue una situación adversa que fue superada, sin embargo, refleja la poca importancia que se le da a estos activos biomédicos.

En cuanto a la disponibilidad de medicamentos y dispositivos, esta representa una de las mayores falencias. Se reporta una constante presencia de medicamentos vencidos o mal custodiados, lo que se convierte en un hallazgo recurrente tras las auditorías. Además, faltan medicamentos esenciales que la E.S.E debería tener en stock, y el manejo de la conservación y dispensación de productos farmacéuticos presenta deficiencias. Es importante señalar que en algunas ocasiones se han evidenciado casos de desfalcos, lo que indica que la corrupción no es ajena a esta

institución. Por último, en lo que respecta a la interdependencia y transporte asistencial, se cuenta con una ambulancia lancha que debería estar equipada con motores fuera de borda, pero esta dotación no se encuentra disponible en el municipio.

Por otro lado, es preocupante la situación que enfrentan cuando hay casos de urgencias y emergencias, cuando se habló de la Red de Prestación de Servicios de Salud, se observó que en casos en los que el servicio demandado no pueda ser prestado en el municipio se realiza un traslado del paciente hacia un lugar donde pueda ser atendido. Sin embargo, en casos de urgencias y emergencias el tiempo de traslado de un paciente de La Tola a un municipio donde se pueda prestar el servicio requerido es extremadamente largo, de acuerdo con la Tabla 10, que se puede evidenciar en el Capítulo 3, el traslado de La Tola a un municipio “vecino” es de máximo seis horas a Mosquera o de una hora a El Charco en transporte fluvial, sin embargo, en muchos casos los servicios requeridos tampoco se encuentran en estos municipios, sino en Tumaco y en casos extremos en la capital del departamento.

Es una situación compleja, puesto que, el tiempo de traslado en lancha desde La Tola a Tumaco es de aproximadamente nueve horas, lo cual es bastante tiempo para un caso de urgencia y emergencia. Una alternativa más favorable sería la ruta hacia Guapi (Cauca), que requiere un tiempo de transporte en lancha de entre dos a cuatro horas, dependiendo de las condiciones de la marea. Sin embargo, esta opción no ha sido considerada en la red de atención, a pesar de que el riesgo de no optar por ella podría perjudicar al paciente.

El caso pone en evidencia de manera clara las deficiencias de las normas establecidas para la prestación del servicio de salud en el contexto específico de este municipio. Se observa que la red de atención, al estar diseñada principalmente sobre el papel, no se adapta efectivamente a la realidad práctica del lugar. Aunque la red de atención se ha diseñado para ser implementada en cada departamento, resulta evidente la necesidad de llevar a cabo estudios independientes y detallados en situaciones particulares como esta. Dicha investigación podría priorizar y fomentar la colaboración entre los distintos departamentos de salud, lo que, indudablemente, conduciría a una atención más eficiente y adecuada a las necesidades de este municipio.

## Conclusiones

En principio es importante resaltar que, se tenía previsto estudiar también las garantías secundarias (acción judicial concreta) con las que cuenta el Estado colombiano para la protección del derecho fundamental a la salud, lastimosamente, esta investigación desborda nuestra capacidad como investigadoras, debido a que, para obtener mayor estudio sobre la situación se requeriría hacer análisis más profundos que implican la revisión de, por ejemplo, el comportamiento de los jueces de tutela, el cumplimiento de sus sentencias, el comportamiento de los jueces contencioso administrativos frente a casos de responsabilidad del Estado vinculados al servicio de salud en estas regiones, entre otras cuestiones; resultados que se obtendrían realizando un acercamiento empírico e investigativo con la realidad en el departamento con indagaciones adicionales.

Es por esto que, la investigación realizada ha permitido explorar diversos aspectos del tema en cuestión; sin embargo, es importante señalar que existen múltiples aristas que podrían ser objeto de un análisis más profundo. Las limitaciones propias de ser estudiantes, como las restricciones en el acceso a ciertos sectores, preocupaciones relacionadas con la seguridad, consideraciones económicas y la falta de herramientas adecuadas, han sido obstáculos significativos que han dificultado un mayor despliegue de nuestra indagación. A pesar de estos desafíos, los hallazgos obtenidos representan un aporte valioso al conocimiento del tema.

Ahora bien, de acuerdo con lo evidenciado a lo largo de este estudio podemos concluir que:

### ***Sobre el problema planteado:***

Tanto a nivel nacional como en el departamento de Nariño se evidencia que, el Ministerio de Salud y Protección social reglamentó los criterios y estándares de habilitación de los centros que prestan el servicio de salud sean privados o públicos y las redes integrales de atención en la Resolución 3100 de 2019, siendo las instituciones departamentales y municipales, como el IDSN y las secretarías de salud municipales, quienes se encargan de dar cumplimiento a lo estipulado en la Resolución en mención.

Partiendo del hecho de que, no puede haber habilitación y funcionamiento de los servicios de salud sin los criterios de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019, observamos que, en algunas ocasiones se permite que una I.P.S continúe operando, incluso con sanciones impuestas. Esta decisión se toma bajo el compromiso de que la I.P.S debe llevar a cabo una pronta revisión y mejora de sus procesos y servicios. La razón detrás de esta flexibilización radica en la realidad de que, al ser la única prestadora de salud en un municipio determinado, la interrupción de su funcionamiento podría dejar a la población sin acceso a la atención médica esencial.

En estos casos, las autoridades sanitarias son conscientes de que la salud de la comunidad no puede verse comprometida por completo debido a fallas en la institución o el Estado, que sería el encargado de la misma. Por lo tanto, se busca un equilibrio entre la necesidad de garantizar estándares de calidad en la atención y la imperiosa necesidad de que la población tenga acceso a los servicios de salud. Este enfoque pragmático implica una vigilancia continua por parte del IDSN como entidad reguladora, quien debe asegurarse de que la I.P.S cumpla con los compromisos asumidos y trabaje activamente para corregir las deficiencias que llevaron a la sanción.

Siendo importante mencionar que existe un vacío significativo en las acciones a tomar ante situaciones en las que una única prestadora de servicios de salud de un municipio no cumple con los criterios y estándares de habilitación establecidos, y las redes de apoyo no son una opción debido a la distancia entre un municipio y otro “vecino”, además de la mala conectividad existente y los diversos medios de transporte a utilizar. Lo cual es especialmente crucial dado que, en casos donde una I.P.S presenta deficiencias, como las que afectan al servicio de urgencias debido a fallas en los estándares de dotación, en teoría, debería cesar su funcionamiento. En este contexto, el IDSN es el organismo encargado de implementar la reubicación y el plan de contingencia. Sin embargo, la realidad es que a esta entidad no se le proporcionan los recursos y herramientas necesarias, ni en términos económicos ni logísticos, lo que complica su capacidad de actuar efectivamente.

Por ejemplo, cuando la IPS en cuestión no puede garantizar un servicio seguro y confiable, la lógica dictaría que el IDSN debería coordinar la reubicación de los pacientes hacia otras instalaciones. Sin embargo, esta tarea se dificulta por múltiples factores, como la falta de capacidad en los servicios más cercanos, dificultades en el transporte, o bien, la saturación del sistema de salud en general. Estos obstáculos impiden la efectiva reubicación de servicios, dejando a la población vulnerable ante posibles emergencias.

En caso de que ocurra una situación adversa con algún paciente, la I.P.S seguiría siendo responsable por continuar prestando servicios sin cumplir con los estándares mínimos requeridos. Al mismo tiempo, el IDSN también cargaría con una parte de la responsabilidad, dado que no habría ejercido su deber de sancionar o cerrar dicho servicio, a pesar de que ambas entidades actúan con la intención de no afectar en mayor medida a la población.

Esta problemática evidencia la necesidad urgente de una revisión en la estructura de responsabilidad estatal para estos casos, en los que en lugar de que la responsabilidad recaiga de manera solidaria entre el médico, la I.P.S (orden municipal) y el IDSN (orden departamental), debería establecerse una obligación directa del orden nacional, pues este debe tener presencia directa en estas zonas vulnerables y generar mayores soluciones, y prevenciones a la afectación del derecho fundamental de salud, siendo importante que el orden nacional del Estado asuma la

obligación de garantizar un acceso seguro a servicios de salud de calidad, implementando los mecanismos y recursos necesarios para que las I.P.S operen en condiciones adecuadas y cumplan con los estándares de habilitación.

### ***Sobre el Objetivo General***

Se cumplió este objetivo realizando el análisis de las garantías primarias desplegadas en el departamento de Nariño, sin embargo, se observa que, el sistema de salud implementado en Colombia con base en el modelo anglosajón de privatización no se adapta a la realidad del país, esto teniendo en cuenta que a pesar de que con la privatización se busca una óptima prestación del servicio no todos los territorios del departamento son llamativos para inversionistas privados, en otras palabras, algunos territorios son considerados riesgos financieros por las condiciones o factores que presentan, por lo que, al momento de realizarse un estudio económico del lugar se hace evidente que los costos de la prestación del servicio serán más alto que los beneficios, es decir, que las utilidades recibidas no alcanzarán para cubrir los gastos necesarios para la prestación del servicio.

Es por esto que, el derecho fundamental a la salud puede verse desprotegido en ciertas zonas donde la E.S.E no es capaz de realizar el cubrimiento completo de salvaguardar la salud en la población, al no existir una institución privada que sirva como alternativa, queda en un Estado de vulnerabilidad. Siendo necesario proceder a una demanda de inconstitucionalidad, donde la Corte Constitucional, estudie la Resolución 3100 de 2019 y los factores que, aun siendo externos a la prestación del servicio a la salud, influyen dejando sin utilidad la regulación existente en estas zonas, observándose que, en lugar de protegerse el derecho fundamental se está llevando a su vulneración.

### ***Sobre los Objetivos Específicos***

Se da un cumplimiento total de los objetivos específicos planteados. Se estudió la teoría de los derechos fundamentales de Luigi Ferrajoli, analizando concretamente la diferencia entre los derechos fundamentales y los derechos patrimoniales, y, la relación entre los derechos fundamentales y sus garantías, de tal manera que se generaron las bases para identificar las garantías primarias existentes en Colombia y también pudo evidenciarse la reglamentación y la responsabilidad internacionales de los Estados con respecto al derecho a la salud.

Así mismo, pudo identificarse de acuerdo con las estadísticas existentes sobre alertas de fenómenos naturales, conflicto armado, agua potable y conectividad, qué zonas, en el departamento de Nariño, no son llamativas para el sector privado, llevando a que se dé falta de competencia y única oferta por parte del Estado del servicio de salud a partir de la creación de un indicador que tiene en cuenta estas variables que

mostró las zonas críticas y de alto riesgo donde estas condiciones influyen al momento de la prestación del servicio.

Finalmente, se identificó el comportamiento de las instituciones que cumplían la función de garantías primarias, detallando los criterios y estándares de habilitación a tener en cuenta para la certificación de las instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio departamental y las Redes de Atención Integral a tener en cuenta en caso de emergencias y urgencias, evidenciando que estas no se adaptan a las condiciones con las que cuentan los diferentes territorios del departamento de Nariño.

### ***Sobre la Metodología***

La metodología seleccionada fue un acierto, pues a partir de la teoría postpositivista constitucionalista, se permitió revisar que, a pesar de la normatividad existente, y de su congruencia e intención de protección hacia el derecho fundamental de salud, esta no guarda sincronía con la práctica y las necesidades sociales, es por esto que, a pesar de que la Resolución 3100 de 2019 arroja una solución de cómo salvaguardar el derecho a la salud mediante la regulación de prestación de salud óptima, esta no indica cómo será aplicable en zonas con falta de competencia respecto a la oferta del servicio de salud donde condiciones externas al servicio dificultan la prestación del mismo.

### ***Otras Conclusiones***

- 1. Sobre las garantías primarias existentes:** Como garantía primaria el departamento de Nariño ha intentado seguir los lineamientos establecidos por el orden nacional para la protección del servicio a la salud y la protección del derecho fundamental a la salud, sin embargo, no se evidencia que estas garantías primarias protejan a la población del territorio colombiano en su totalidad, sino a las grandes ciudades, sin tener en cuenta los contextos con los que cuentan las zonas más apartadas del centro del país o de las capitales departamentales y las situaciones que pueden dificultar la prestación de este servicio de manera adecuada, sobre todo cuando el Estado colombiano es el único prestador del servicio.

Lo que lleva a que quienes se encarguen de garantizar y proteger el derecho, en la mayoría de los casos, dándose la protección del derecho de manera preventiva con la acción de tutela y el derecho de petición, además en caso de que se genera la vulneración del derecho la garantía secundaria se encarga de que como mínimo se dé una reparación a quienes han sufrido este daño por parte del único prestador del servicio que era el Estado y quien lo prestó de manera inadecuada.

- 2. Sobre la protección del derecho a la salud por instituciones internacionales:** Aunque no muchos consideran la posibilidad de demandar la responsabilidad internacional del Estado, sobre todo porque los más afectados suelen ser personas de bajos recursos y en condiciones de vulnerabilidad, la idea de que un caso como este, donde se evidencie falta de oferta en la prestación del servicio a la salud y donde los territorios presenten condiciones que aun siendo externas a la prestación influyan en ella, se analice en la CIDH y CoIDH implica una reparación integral a los involucrados, además de unas sanciones al Estado que pueden impulsar el mejoramiento del sistema de salud actual el cual puede propender por generar incentivos para que los privados presten el servicio de salud en estas zonas y realizar un trabajo conjunto con sectores como el de infraestructura y transporte generando una óptima prestación del servicio de salud en estas zonas.

## REFERENCIAS:

Aguiló Regla, J. (2007). Positivismo y Postpositivismo. Dos paradigmas jurídicos en pocas palabras. Universidad de Alicante. DOXA. Cuadernos de Filosofía del Derecho. Vol. 30. Págs. 665-675. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13160/1/DOXA\\_30\\_55.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13160/1/DOXA_30_55.pdf)

Bejarano Daza, J y Hernández Losada, D. (2016). Fallas del mercado de salud colombiano. Universidad Nacional de Colombia. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 65, (Núm. 1). Págs. 107-113. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00107.pdf>

Cárdenas Ramírez, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. Universidad del Norte. Revista de Derecho. Núm. 40. Págs. 199 - 226. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dere/n40/n40a08.pdf>

Casas Bustamante, L. (2022). Observador del GES N°18: Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia. Observatorio Universidad de Antioquia. Recuperado de: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/36f4fa16-5948-4643-81eb-5a7370ce1fdb/Observador+del+GES+No.+18.pdf?MOD=AJPERES&CVID=o9.bJa9>

Chicaiza, L. (2002). El mercado de la salud y la problemática del alto costo. Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía, Vol. 34. (Núm. 131). Págs. 163-187. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/118/11876987005.pdf>

Comisión de la Verdad. (2022). Colombia adentro. Relatos territoriales sobre el conflicto armado. Nariño y Sur del Cauca. (Informe Final). Recuperado de: <https://www.comisiondelaverdad.co/colombia-adentro-1>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2023). Informe Anual. Capítulo II: El sistema de peticiones y casos, soluciones amistosas y medidas cautelares. Recuperado de: [https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2023/capitulos/IA2023\\_Cap\\_2\\_SPA.PDF](https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2023/capitulos/IA2023_Cap_2_SPA.PDF)

Congreso de Colombia. (1935). Ley 67 de 1935. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66180>

Congreso de Colombia. (1981). Ley 23 de 1981. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>

Congreso de la República. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. D.O. 41.148. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Congreso de la República. (7 de marzo de 1996). Ley 270 de 1996 [Ley Estatutaria de Administración de Justicia]. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6548>

Congreso de la República. (21 de diciembre del 2001). Ley 715 de 2001. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>

Congreso de la República. (2007). Ley 1164 de 2007. D.O. 46.771. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1164\\_2007.html#20](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1164_2007.html#20)

Congreso de la República. (2015). Ley 1751 de 2015 [Ley Estatutaria de Salud]. D.O. 49.427. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Constitución Política. (1991). Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José). (11 de febrero de 1978). Recuperado de: [https://www.oas.org/dil/esp/1969\\_Convenci%C3%B3n\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (4 de julio de 2006). Caso Ximenes Lopez vs Brasil. [Presidente: Sergio García Ramírez]. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec\\_149\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf)

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (8 de marzo de 2018). Caso Poblete Vilches y otros vs Chile. [Presidente: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot]. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_349\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf)

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (23 de agosto de 2018). Caso Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala. [Presidente: Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot]. Recuperado de: [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_359\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf)

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2020). Cuadernillo de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos Número 28: Derecho a la Salud. Recuperado de: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r39783.pdf>

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (24 de septiembre de 1997). Sentencia T - 464 de 1997. [M.P. Hernando Herrera Vergara]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/T-464-97.htm>

Corte Constitucional. (27 de mayo de 1998). Sentencia T - 260 de 1998. [M.P. Fabio Moron Diaz]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/1998/T-260-98.htm>

Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión (18 de febrero de 1999). Sentencia T - 096 de 1999. [M.P. Alfredo Beltrán Sierra]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-096-99.htm>

Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión de Tutelas. (18 de noviembre de 1999). Sentencia T - 926 de 1999. [M.P. Carlos Gaviria Díaz]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-926-99.htm#:~:text=Frente%20a%20tales%20situaciones%2C%20la%20jurisprudencia%20constitucional%20ha,prescrito%20por%20un%20m%C3%A9dico%20adscrito%20a%20la%20E.P.S.%22.>

Corte Constitucional, Sala Sexta. (26 de abril de 2001). Sentencia T - 416 de 2001. [M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-416-01.htm>

Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión. (4 de diciembre de 2003). Sentencia T- 1178 de 2003. [M.P. Jaime Araujo Rentería]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-1178-03.htm>

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (24 de abril de 2018). Sentencia T - 158 de 2018. [M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-158-18.htm>

Corte Constitucional, Sala Octava. (31 de julio de 2020). Sentencia T-274 de 2020. [M.P. José Fernando Reyes Cuartas]. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2020/T-274-20.htm>

Corte Suprema de Justicia. (2023). Responsabilidad Médica. Algunos Estudios Contemporáneos de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia de

Colombia. Recuperado de: <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2023/03/RESPONSABILIDAD-MEDICA-ALGUNOS-ESTUDIOS-CONTEMPORANEOS-P.pdf>

Daza, F. (2022). ¿Quién es el nuevo comandante del Comando Coordinador de Occidente?. Línea paz, posconflicto y derechos humanos. Pares: Fundación paz y reconciliación. Recuperado de: <https://www.pares.com.co/post/qui%C3%A9n-es-el-nuevo-comandante-del-comando-coordinador-de-occidente>

El Espectador. (2021). Enfrentamiento de grupos armados deja 476 personas víctimas de desplazamiento en Nariño. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/enfrentamiento-de-grupos-armados-deja-476-personas-victimas-de-desplazamiento-en-narino-article/>

El Espectador. (2022). Por conflictos entre grupos ilegales, 175 familias fueron desplazadas de La Tola. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/por-conflictos-entre-grupos-ilegales-175-familias-fueron-desplazadas-de-la-tola/>

Fajardo, B. (2022). Vías de Nariño, el cuello de botella de la conectividad con Suramérica. Radio Nacional de Colombia (RTVC). Recuperado de: <https://www.radionacional.co/regiones/pacifico/carreteras-de-colombia-el-cuello-de-botella-en-narino>

Ferrajoli, L. (2001). Los fundamentos de los derechos fundamentales. Primera Vista. Editorial Trotta. Madrid, España. Págs. 19 - 56. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1OUIP4mCyeHhuObHyG8e8Ygh2a9iTMIZy/view>

Gañan Ruiz, J. (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Estudios de Derecho. Vol. 68. (Núm. 151). Págs. 187 - 212. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2266/1/De%20la%20naturaleza%20jur%20c3%addica%20del%20derecho%20a%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Gobernación de Nariño. (15 de julio de 1993). Decreto 401 de 1993.

Gobernación de Nariño. (2019). Plan Departamental de Seguridad Vial de Nariño (2019 - 2024). Recuperado de: [http://2016-2019.narino.gov.co/inicio/files/SalaDePrensa/2019/PDSV\\_2019\\_-\\_2024\\_PARA\\_CONSULTA\\_PUBLICA.pdf](http://2016-2019.narino.gov.co/inicio/files/SalaDePrensa/2019/PDSV_2019_-_2024_PARA_CONSULTA_PUBLICA.pdf)

Gobernación de Nariño. (2020 - 2023). Mi Nariño, en Defensa de lo Nuestro (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Recuperado de: <https://repository.agrosavia.co/handle/20.500.12324/37200>

Gobernación de Nariño. (2024 - 2027). Nariño, Región País para el Mundo (Plan de Desarrollo Departamental de Nariño). Recuperado de: <https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/05/Plan-Desarrollo-Departamental-2024-2027.pdf>

Gúzman Finol, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Banco de la República. Recuperado de: [https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_202.pdf](https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_202.pdf)

Informativo del Guaico. (2023). Alcalde de La Tola Nariño solicita ayuda urgente del Gobierno Nacional tras devastación causada por fuertes olas. Recuperado de: <https://informativodelguaico.com/alcalde-de-la-tola-narino-solicita-ayuda-urgente-del-gobierno-nacional-tras-devastacion-causada-por-fuertes-olas/>

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (s.f). Medicamento con condiciones especiales para su prescripción o dispensación. Medicamentos a un clic. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: [https://medicamentosau clic.gov.co/contenidos/Control\\_especial.aspx#:~:text=Es%20un%20medicamento%20constituido%20por,la%20Comisi%C3%B3n%20Revisora%20del%20INVIMA](https://medicamentosau clic.gov.co/contenidos/Control_especial.aspx#:~:text=Es%20un%20medicamento%20constituido%20por,la%20Comisi%C3%B3n%20Revisora%20del%20INVIMA)

Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). (2024). Último boletín: Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD). Recuperado de: [https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-\(ITD\)](https://ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/ultimo/Informe-T%C3%A9cnico-Diario-de-Condiciones-Hidrometeorol%C3%B3gicas,-Alertas-y-Pron%C3%B3sticos-(ITD))

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2013). Informe de verificación. Adquirido a través de derecho de petición.

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2013). Quienes somos. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/quienes-somos/331-instituto-departamental-de-salud-de-narino>

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2014). Red de prestación de servicios de salud en Nariño se reorganizó de acuerdo al modelo de atención en salud del departamento. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/1076-red-de-prestacion-de-servicios-de-salud-en-narino-se-re-organizo-de-acuerdo-al-modelo-de-atencion-en-salud-del-departamento>

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2021). El Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales en Colombia. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/estadisticas-vitales>

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2022). Boletín Epidemiológico Instituto Departamental de Salud de Nariño, Indicadores

Básicos de Salud (IBS). Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/indicadores/boletin\\_IBS\\_2022.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/indicadores/boletin_IBS_2022.pdf)

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2023). Análisis de situaciones en salud (ASIS), Departamento de Nariño, 2023. Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/ASIS\\_2023\\_Departamento\\_de\\_Nari%C3%B1o.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/ASIS_2023_Departamento_de_Nari%C3%B1o.pdf)

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2023). Modelo de atención en salud y estudio de la situación de la prestación pública de servicios de salud en el departamento de Nariño. Red de prestación de servicios de salud. Pág. Recuperado de: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/comunicaciones/2023/3\\_DOCUMENTO\\_RED\\_COMPLETO\\_ENVIADO\\_2023.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/comunicaciones/2023/3_DOCUMENTO_RED_COMPLETO_ENVIADO_2023.pdf)

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (2024). Calidad del agua. Reporte IRCA. Recuperado de: <https://www.idsn.gov.co/index.php/component/content/article/704-calidad-de-agua/9909-calidad-de-agua>

Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y Gobernación de Nariño. (2024). Plan Territorial en Salud Recuperado de: [https://plannedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo\\_Plan\\_Territorial\\_de\\_Salud\\_Dpto\\_de\\_Narino\\_2024\\_IDS\\_N.pdf](https://plannedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo_Plan_Territorial_de_Salud_Dpto_de_Narino_2024_IDS_N.pdf)

Instituto Nacional de Salud (InsNS). (s.f). 364 mil muertes atribuibles al sistema de salud no debieron ocurrir. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/364-mil-muertes-atribuibles-al-sistema-de-salud-no-debieron-ocurrir.aspx>

InSight Crime. (2017). Águilas Negras. Recuperado de: <https://insightcrime.org/colombia-organized-crime-news/aguilas-negras/>

InSight Crime. (2023). Gaitanistas - Clan del Golfo. Recuperado de: <https://insightcrime.org/colombia-organized-crime-news/urabenos-profile/>

InSight Crime. (2024). Ejército de Liberación Nacional (ELN). Recuperado de: <https://insightcrime.org/es/noticias-crimen-organizado-colombia/el-n-colombia/>

InSight Crime. (2024). EPL. Recuperado de: <https://insightcrime.org/es/noticias-crimen-organizado-colombia/epl/>

La Opinión. (2024). Más del 75% de los hogares de 95 municipios de Colombia no consume agua tratada. Recuperado de: <https://www.laopinion.co/colombia/mas-del-75-de-los-hogares-de-95-municipios-de-colombia-no-consume-agua-tratada>

Leyva Naranjo, Y. (2016). Línea jurisprudencial en el cambio de la carga probatoria de la responsabilidad médica estatal en Colombia. Universidad Militar Nueva Granada. Recuperado de: <https://repository.unimilitar.edu.co/server/api/core/bitstreams/96e3c65c-1944-488f-99cd-457edd338308/content>

Marquisio, R. (2017). Tres modelos de postpositivismo jurídico. Filosofía del Derecho. Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Año 14. Número 47. Recuperado de: [https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66133/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66133/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/Modulo\\_RIPSS\\_Lineamientos\\_Conformacion\\_Organizacion\\_Gestion\\_Seguimiento\\_Evaluacion.pdf](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/Modulo_RIPSS_Lineamientos_Conformacion_Organizacion_Gestion_Seguimiento_Evaluacion.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de noviembre de 2019). Resolución 3100 de 2019. D.O. 51.149. Recuperado de: [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion\\_minsaludps\\_3100\\_2019.htm#15](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm#15)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Guía para el manejo del vehículo de transporte de medicamentos y materias primas monopolio del Estado. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GMTG26.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de abril de 2023). Resolución 544 de 2023. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%202023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20544%20de%202023.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Agua para consumo. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

Organización Panamericana de Salud. (1978). Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Parra Garzón, E. (1995). La salud en Nariño, un paciente en estado crítico. El Tiempo. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-326125>

Parra Vera, O. (2013). Capítulo XXX: La protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Tratado

de Derecho a la Salud. Págs. 761 - 800. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r32459.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2010). Nariño: Análisis de la conflictividad. Recuperado de: [https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220\\_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf](https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf)

Rap Pacifico. (2022). Reflexiones Regionales: Sobre la Salud en el Pacifico Colombiano. Recuperado de: <https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2022/04/Inclusividad-en-la-salud-una-respuesta-integral-para-el-territorio.pdf>

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). (2024). Prestadores. Recuperado de: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Romero Peñuela, N. (2022). Disidencias de Farc: ¿Quiénes son?, ¿dónde están?, ¿cuáles dialogarán con Petro?. El Espectador. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia-20/conflicto/disidencias-de-farc-quienes-son-donde-estan-cuales-dialogaran-con-petro/>

Ruiz, W. (2004). La responsabilidad médica en Colombia. Universidad Javeriana de Cali. Revista Criterio Jurídico. Vol. 4. Págs. 195 - 216. Recuperado de: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/1033/886>

Sanabria Moyano, J., Merchán López, C. y Saavedra Ávila, M. (2019). Estándares de protección del Derecho Humano a la salud en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El Ágora USB, Vol. 19. (Núm.1). Págs. 132-148. Medellín, Colombia Recuperado de: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/3459>

Tu barco Pasto. (2021). Ambulancia que cubría la ruta Tumaco-Pasto se volcó y la paciente falleció. Tu barco Occidente. Recuperado de: <https://tubarco.news/ambulancia-que-cubria-la-ruta-tumaco-pasto-se-volco-y-la-paciente-fallecio/>

Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD). (2018). Atlas de Riesgo de Colombia: revelando los desastres latentes. Gobierno de Colombia. Bogotá DC. Recuperado de: <http://201.130.16.43/handle/20.500.11762/27179>

Velasco Cano, N., y Vladimir Llano, J. (2015). Teoría del derecho neoconstitucionalismo y modelo de estado constitucional en el contexto colombiano. Revista Novum Jus. Vol. 9 (Núm. 2). Págs. 49–74. Recuperado de: <https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/919>

## Anexos

### **Anexo 1: Histórico de Alertas Tempranas en el departamento de Nariño (2018 - 2023)**

<b>Código</b>	<b>Fecha de emisión</b>	<b>Municipios implicados</b>	<b>Grupos armados ilegales implicados</b>	<b>Economías ilegales</b>
003-18	5/01/2018	Cumbitara, Magüí, Policarpa, Roberto Payán	AGC; ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico
004-18	7/01/2018	Tumaco	AGC; ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP; GUP	Narcotráfico
022-18	14/02/2018	Barbacoas, Cumbal, Cumbitara, El Charco, El Rosario, La Tola, Leiva, Magüí, Mallama, Mosquera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payan, Samaniego, Santa Bárbara, Santacruz, Tumaco	Águilas negras; AGC; ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; La Constru	Narcotráfico
026-18	28/02/2018	Barbacoas, Colón, El Charco, El Rosario, La Tola, Magüí, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Policarpa, Santa Bárbara, Tumaco	AGC; ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP; La Constru; Los Rastrojos; Águilas negras	Narcotráfico y Minería ilegal
044-18	6/05/2018	Tumaco	Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico
070-18	31/08/2018	Roberto Payán	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP; Guerrillas Unidas del Pacífico	Narcotráfico y Minería ilegal
072-18	10/09/2018	Santa Bárbara	Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico y Minería ilegal

080-18	07/11/2018	El Charco, La Tola, Mosquera, Olaya Herrera, Santa Bárbara	AGC; ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando
082-18	20/11/2018	Cumbitara, El Rosario, Leiva, Policarpa	AGC; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando
032-19	23/07/2019	Samaniego	ELN	Narcotráfico y Minería ilegal
035-19	31/08/2019	Ancuya, Barbacoas, Cumbal, Cumbitara, El Charco, El Rosario, Ipiales, La Llanada, La Tola, Leiva, Linares, Los Andes, Magüí, Mallama, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Policarpa, Providencia, Ricaurte, Roberto Payán, Samaniego, Santacruz, Tumaco	AGC; ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; La Constru; Los Rastrojos	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando
045-19	31/10/2019	Barbacoas, Ricaurte, Tumaco	AGC; ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico y Minería ilegal
001-20	11/01/2020	Tumaco	Facciones disidentes de las FARC-EP; Contadores	Narcotráfico y Minería ilegal
018-20	30/04/2020	Todo el departamento	Actores armados transnacionales; AGC; ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; Los Rastrojos	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando; Préstamos gota a gota
027-20	02/07/2020	Magüí	Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando
036-20	12/08/2020	El Rosario, Leiva	AGC; Facciones	Narcotráfico;

			disidentes de las FARC-EP; Comando Coordinador de Occidente	Minería ilegal
053-20	14/12/2020	Santa Bárbara	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC	Narcotráfico; Minería ilegal
015-21	30/07/2021	Magüí, Roberto Payán	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC	Narcotráfico
004-22	17/02/2022	Barbacoas, Cumbal, Cumbitara, El Charco, El Rosario, Leiva, Magüí, Mosquera, Olaya Herrera, Policarpa, Ricaurte, Roberto Payán, Santa Bárbara, Tumaco	ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC; Grupos Armados de Crimen Organizado	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando; Préstamos gota a gota
022-22	28/08/2022	Ipiales	Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Contrabando
030-22	15/11/2022	Barbacoas, Magüí, Roberto Payán	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal
031-22	29/11/2022	Santa Bárbara	Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal, Contrabando
008-23	07/03/2023	Tumaco	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal, Contrabando
019-23	19/05/2023	La mayoría de municipios, excepto Albán, Belén y Pasto	ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC; Comandos de la Frontera	Narcotráfico
027-23	06/07/2023	La Llanada, Los Andes	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico

030-23	23/08/2023	Todo el departamento	ELN; EPL; Facciones disidentes de las FARC-EP; AGC; Comandos de la Frontera; Grupos Armados de Crimen Organizado	Narcotráfico; Minería ilegal; Contrabando; Préstamos gota a gota
033-23	06/09/2023	Linares, Samaniego, Santacruz	ELN; Facciones disidentes de las FARC-EP	Narcotráfico; Minería ilegal

Tabla 16: Creada a partir de la información otorgada por: Sistema de Alertas Tempranas. (2024). Reportes de Alerta Temprana. Recuperado de: <https://alertastempranas.defensoria.gov.co/Alerta/Reporte>