Revista de Derecho de la Seguridad Social

Laborum

Derecho comparado y Derecho Extranjero en Seguridad Social y materias conexas
nº 43 (2º Trimestre 2025)
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370
Págs. 213-232

Sobre el principio de integralidad a la luz del derecho fundamental a la salud en Colombia[1]

On the Principle of Comprehensiveness in Light of the Fundamental Right to Health in Colombia

Juliana Araque Quiroz — *Abogada, Especialista en Derecho del Trabajo y la Seguridad Social de la Universidad Pontificia Bolivariana. Estudiante de Maestría en Derecho de la Universidad de Antioquia. Investigadora grupo Derecho y Sociedad, línea Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad de Antioquia.*

Sandra Patricia Duque Quintero — *Profesora Titular Universidad de Antioquia*

Sumario

1. Introducción
2. Principio de integralidad entendido con connotación asistencial
3. Principio de integralidad entendido como criterio finalista
4. Principio de integralidad entendido desde la cosmovisión del ser
5. A modo de conclusión

Bibliografía

Cita Sugerida: ARAQUE QUIROZ, J. y DUQUE QUINTERO, S.P.: «Sobre el principio de integralidad a la luz del derecho fundamental a la salud en Colombia». *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*. 43 (2025): 213-232.

[1] Artículo de investigación producto del proyecto *"Derecho fundamental a la salud de los inmigrantes venezolanos con enfermedades de alto costo: un análisis desde el principio de integralidad en Colombia* "inscrito ante el Centro de Investigaciones Jurídicas de la Universidad de Antioquia.

Resumen

El artículo analiza el principio de integralidad en el derecho fundamental a la salud en Colombia, destacando su evolución desde una visión asistencial a un enfoque holístico que abarca todas las dimensiones del ser humano. A través de un enfoque cualitativo hermenéutico y el análisis de contenido de fuentes y jurisprudencia, se identifican patrones que evidencian la interrelación del derecho a la salud con otros derechos fundamentales, como alimentación, vivienda y educación y como a pesar de los avances normativos, persisten barreras estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que se refleja en la frecuente dependencia de la acción de tutela para garantizar un acceso efectivo y equitativo a los servicios. Se concluye que es necesaria una reforma estructural integral que priorice la universalidad, la equidad y la calidad en la prestación de servicios de salud, asegurando la plena realización de la dignidad humana y el bienestar integral de la población.

Palabras clave

Principio de integralidad; derechos fundamentales; salud; Corte Constitucional; Colombia

Abstract

This article analyzes the principle of comprehensiveness in the fundamental right to health in Colombia, highlighting its evolution from a welfare perspective to a holistic approach encompassing all dimensions of human well-being. Using a qualitative hermeneutic approach and content analysis of sources and case law, it identifies patterns showing how the right to health intersects with other fundamental rights such as food, housing, and education. Despite legal advancements, structural barriers persist in the General Health Social Security System, often requiring legal action to ensure equitable and effective access to services. The article concludes that comprehensive structural reform is necessary to prioritize universality, equity, and quality in health service delivery, ensuring human dignity and well-being.

Keywords

Principle of comprehensiveness; fundamental rights; health; Constitutional Court; Colombia

1. INTRODUCCIÓN

Integral se define en la RAE como aquello que: *"...comprende todos los elementos o aspectos de algo"* (RAE, 2024), entendiendo ese *"algo"* que está conformado por partes que se encuentran armoniosamente fusionadas como un *"todo"*. En ese sentido, entender la definición del principio de integralidad como un *"algo"*, exige comprender en sí mismo la integralidad de los Derechos Humanos como un *"todo"*, es decir, catalogarlo como una estructura ontológica compleja y funcional del ser humano, que permite concebir los derechos humanos como una unidad, con valores y prerrogativas de carácter indivisible, y que obliga a defender el desarrollo armónico e integral de las personas (Herreño, 2008). De ahí que deba entenderse como un conjunto, conformado por partes o elementos que se asocian e interactúan para el logro de ciertos fines (Herreño, 2008) que resultan ser superiores a lo esperado y que materializan en sí mismo la dignidad humana. Este principio rector, a nivel Internacional, se desarrolló y materializó en el ordinal 5° de la Declaración y Programa de Acción de Viena (DPAV) de las Naciones Unidas, que consagra la universalidad de los derechos y de sus titulares, y concreta los elementos fundamentales del principio de integralidad:

"Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales." (ONU, 1993)

La Declaración y Programa de Acción de Viena (DPAV), logra dar un avance significativo frente a cuatro áreas temáticas de los derechos humanos, que logran materializar la finalidad del principio de integralidad y protección frente a los derechos humanos. Dentro de este contexto, se concibe el principio de integralidad, por medio del cual todos los derechos humanos son universales y tienen el mismo peso, es decir, el mismo grado de jerarquización. Por lo tanto, los Estados deben propender a tratarlos en forma global, en condiciones de igualdad, con el que se incentive el disfrute de todos los derechos humanos para todas las personas, sin discriminación ni excepción alguna, por la misma condición del ser, con especial atención para aquellos grupos que pueden ser más vulnerables en el desconocimiento de sus derechos, como son los migrantes cuando salen de sus territorios.

El principio de integralidad interactúa directamente con el derecho fundamental a la salud, buscando, como principio intrínseco y rector, que prime la garantía y efectivización de este derecho y los demás derechos humanos que rodean la esfera del ser, pues desconocerlo supondría el desconocimiento de todos éstos en su conjunto (Martínez Hincapié, 2014). En ese sentido, se entenderá el principio de integralidad como fuente integradora de dos perspectivas, una a título personal, entendiendo al ser humano como un sujeto integral y pluridimensional (Martínez Hincapié, 2014), con diferentes esferas en las que se desenvuelve, de las que no puede prescindir y no deben ser consideradas de manera aislada, como son: corporal, afectiva, mental, cognoscitiva, social, económica, familiar, política, ciudadanía, etcétera. Y la otra, a título de la indivisibilidad de los derechos, entendiéndolo como una unidad indivisible, interdependiente e interrelacionada, que implica que estos no deben ser categorizados o considerados como unos más importantes que otros, porque se necesita de una protección de todos los derechos de las personas, sin distinción, y que se materialice su goce en todas y cada una de las facetas humanas, para hablar así de una existencia digna.

En Colombia, el principio de integralidad en el contexto del derecho fundamental a la salud ha adquirido un carácter polisémico, teniendo en cuenta, que su concepción ha variado en la medida

que el mismo derecho a la salud se ha transformado, lo que implica que para acercarse a su definición e incidencia, es imperativo a la par señalar los cambios sociales, normativos y jurisprudenciales que han transformado a éste derecho desde la promulgación de la Constitución Política de 1991; esto para entender no sólo el alcance y la importancia que ha tenido el principio de integralidad frente a la prestación efectiva de los servicios de salud en el sistema de salud colombiano, sino cómo ha influido éste principio en dicha transformación.

Para lo anterior, es preciso contextualizar la discusión alrededor del derecho a la salud que tuvo lugar por más de 20 años en Colombia, en donde la jurisprudencia y la doctrina se vieron en la obligación de argumentar la naturaleza jurídica de un derecho que por lógica se encuentra profundamente ligado a la dignidad humana (Pérez Fuentes, Hernández Peñaloza, Leal Castañeda, & Castillo Calderón, 2019), y que se centralizó en tres momentos importantes a saber: (i) la creación de la Ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante se denominará SGSSS) donde ésta última tuvo la connotación de ser un derecho prestacional y un servicio público, con un reconocimiento jurisprudencial parcial pues sólo se reconocía en conexidad con otros derechos fundamentales; (ii) en el año 2008, con el pronunciamiento de la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 se observó la fundamentalidad del derecho a la salud, ligada con los principios y valores constitucionales que le protegían y que fueran establecidos por la Constitución, leyes, tratados y convenios internacionales ratificados en Colombia; y por último (iii) en el año 2015 cuando se expide la Ley 1751, la cual reconoció por medio de una Ley Estatutaria su carácter de derecho fundamental autónomo, con un reconocimiento jurisprudencial total debido a la naturaleza jurídica que se le otorgó y su primacía constitucional.

Este análisis histórico de la prestación del servicio público de salud muestra que ha tenido dos naturalezas jurídicas disímiles: la primera, la de la salud como "sistema", en el cual se habla de la prestación de este servicio como una gestión guiada por principios económicos; y la segunda, como "derecho", donde se considera la salud como algo inherente a la persona y que emana de la dignidad humana. (Espinosa Torres, 2013) A la par de la transmutación de este derecho, se analizará las diferentes comprensiones y definiciones que se le han dado al principio de Integralidad en la jurisprudencia y la ley colombiana, y la naturaleza de sus obligaciones frente al derecho a la salud, entendiendo que estos cambios se hicieron de manera paulatina en los tres momentos mencionados, que en esta investigación se denominarán como: (i) Principio de integralidad entendido con connotación asistencial (derecho a la salud meramente prestacional y servicio público) ; (ii) Principio de integralidad entendido como criterio finalista (definido a partir de la Sentencia T-760 de 2008); y (iii) Principio de integralidad entendido desde la cosmovisión del ser (Derecho a la salud como fundamental y estatutario, a partir de la Ley 1751 de 2015).

Por lo anterior, es claro que mientras el derecho a la salud experimentaba cambios normativos y jurisprudenciales de un sistema asistencial hacia su concepción de derecho, el principio de integralidad se transmuto de un carácter meramente asistencial a consolidarse bajo una concepción que abarca y le corresponde a la salud la pluridimensional del ser. Para este cambio y transformación se necesitó de un proceso de luchas sociales y de injusticias que se cometieron frente a la prestación de los servicios asistenciales, teniendo en cuenta que a miles o millones de habitantes del territorio colombiano les fueron vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la dignidad humana, y tuvieron que acudir a su protección por vía judicial en sede de tutela, teniendo un desarrollo evolutivo lento, y que presupone en sí mismo, los cambios y transformaciones que ha tenido la definición del principio de integralidad en salud en el país.

De esta manera, este artículo en un primer momento describe la connotación asistencial del principio de integralidad bajo la Ley 100 de 1993, en un segundo momento se analiza la integralidad

como criterio finalista desde la sentencia T-760 de 2008, y finalmente se estudia la visión del principio de integralidad desde la cosmovisión integral del ser. Es importante anotar que la investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de tipo hermenéutico, con el objetivo de comprender y analizar el principio de integralidad en el contexto del derecho fundamental a la salud en Colombia. Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de fuentes secundarias, que incluyó normativas nacionales e internacionales, así como jurisprudencia relevante de la Corte Constitucional colombiana relacionada con el derecho a la salud y la integralidad. El proceso de recopilación de información implicó la identificación y selección de documentos clave publicados entre 2000 y 2024, consultando bases de datos académicas y gubernamentales. Los criterios de inclusión se basaron en la relevancia temática, la actualidad y la credibilidad de las fuentes. Para el análisis de la información, se utilizó la técnica de análisis de contenido, lo que permitió la categorización y codificación de los datos. Este enfoque metodológico facilitó la identificación de patrones y tendencias en la evolución de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Se concluye que, a pesar de los avances jurisprudenciales, se evidencia que aún existen barreras estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que requieren la acción de tutela para garantizar el acceso efectivo a los servicios, lo que subraya la necesidad de una reforma estructural en el sistema de salud en Colombia.

2. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD ENTENDIDO CON CONNOTACIÓN ASISTENCIAL

Los derechos humanos fueron catalogados y divididos desde su misma promulgación en dos pactos de las Naciones Unidas de 1966: El primero que fue denominado como los derechos de "primera" generación que consagraban los Derechos Civiles y Políticos, que imponía unos límites a la intervención del poder del Estado con respecto a la Libertad Individual; y el segundo, que consagró los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante se denominará DESC), que fueron llamados de "segunda" generación, que exigían al Estado actuaciones concretas que materializaran el valor de la igualdad social, donde se encontraban consagrados derechos asistenciales como el derecho a la seguridad social y el derecho a la salud.

Esta división, sirvió para la llamada dicotomía convencional de los derechos humanos (Donnelly, 1994), que reforzó el pensamiento social, de que los únicos derechos exigibles y por tanto con mayor grado de jerarquización, eran los de "primera" generación, y los DESC, considerados de "segunda" generación, no implicaba un forzoso cumplimiento o protección por el poder estatal y por lo tanto, sólo podrían ser protegidos si se vulneraban en conexidad con algún derecho de primera generación, pues estos contaban con diferentes rangos de prioridad y protección, siendo una compartimentalización desafortunada para los DESC (Martínez Hincapié, 2014), pues primaban los intereses particulares, favorecidos por el pensamiento neoliberal, sobre los intereses sociales.

Ahora bien, en Colombia la seguridad social surgió inicialmente como un instrumento de amparo de unas necesidades sociales, como la salud, cesantías, riesgos profesionales y pensiones, que estaban siendo desconocidas por el Estado, y se buscó por medio de patronos y empresas intentar satisfacerlas recaudando los recursos necesarios para sufragarlos con la propia fuerza laboral de sus trabajadores, sin embargo, con el paso del tiempo estos empleadores se vieron imposibilitados para solventar estas prestaciones y es así, como surge la necesidad de crear un sistema institucional y financiero ajeno al empresarial, que se ocupara de asegurar a estos trabajadores y que cubriera sus contingencias con el acceso efectivo a unas prestaciones económicas y asistenciales (Rocha Buelvas, 2010).

Colombia no fue ajena a este fenómeno global y con la aprobación de la Constitución Política de 1991, se definió un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país, el cual indicó que el derecho a la seguridad social se incluiría en la categoría de los DESC, de "segunda" generación, y se

tendría como *"un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado"* (Constitución Política de Colombia, 1991).

Frente al derecho a la salud se estableció en el artículo 49 de la Carta Magna, lo siguiente:

> *"**Artículo 49**. 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 de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (...)"* (Constitución Política de Colombia, 1991)

Este artículo de la Constitución Política, le dio al Derecho a la Salud una doble connotación: por un lado como derecho prestacional y por el otro como servicio público, indicando frente a la integralidad que se incluirían todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, para que todas las personas accedieran a él, y que al Estado colombiano le correspondería organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación, atendiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Bajo estas directrices se promulga la Ley 100 de 1993, *"por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en el país"*, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana (Ley 100, 1993), y consolida un nuevo subsistema, conocido como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante se denominará como SGSSS).

Para la creación del sistema de salud en Colombia se contemplaron los principios que buscaban garantizar que todas las personas tuvieran acceso a servicios de salud con calidad y de manera integral, es así como, en este primer momento, se definió el principio de integralidad en el artículo 2 de la Ley 100 de 1993, dándole una connotación asistencial de cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población, y una connotación prestacional, pues predicaba que se debía contribuir según la capacidad y recibir lo necesario para atender las contingencias amparadas por la misma Ley (Ley 100, 1993).

Ahora bien, para entender cómo se materializaría este principio en esta primera fase del derecho a la salud, se debe comprender que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue diseñado bajo un esquema institucional que tiene como propósito común el cubrimiento de los servicios de salud para toda la población, bajo un modelo de pluralismo estructurado que incorporó los principios de la competencia regulada, con separación de funciones de conducción, aseguramiento y prestación (Duque Quintero, Gómez Rúa, & Rivera Aguirre, 2013).

Para tener acceso a estos servicios de salud es obligatorio afiliarse a través de las entidades promotoras de salud (en adelante se denominará EPS), que administran las cotizaciones y, se encarga de que se presten los tratamientos médicos requeridos por los afiliados mediante las instituciones prestadoras de servicios (en adelante se denominará IPS), tratamientos que debían estar enmarcados en un Plan Obligatorio de Salud (en adelante se denominará POS), que buscaba que los tratamientos y servicios cubiertos por el sistema fueran solo los expresamente consagrados en este POS (Defensoría del pueblo, 2023).

Fue así como la Ley 100 de 1993 estableció criterios administrativos de rentabilidad donde las empresas y actores del sistema debían ser autosostenibles y eficientes en el uso de los recursos, influenciados por las tendencias neoliberales del contexto global de la época, supeditando la prestación de los servicios de salud a un presupuesto y unos planes de salud con coberturas previamente definidas

(Gómez Arias & Nieto, 2014), y que terminarían desencadenando que las EPS fueran negligentes en la atención de los pacientes que demandaban tratamientos, cirugías y medicamentos que no estaban contempladas en el POS, o con la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, alegando temas administrativos y económicos (Espinosa Torres, 2013).

Lo anterior contraría lo definido por la misma ley en su artículo 2° cuando enuncia el principio de Integralidad, y al artículo 162 que indica "*El plan obligatorio de salud es para todos los habitantes del territorio nacional, para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías"* (Ley 100, 1993). Esta situación y la falta de eficiencia, oportunidad y celeridad en los tratamientos médicos que se ordenaban, llevaron a que la acción de tutela fuera el único mecanismo de protección que le permitiese el acceso a los procedimientos, cirugías y medicamentos a los pacientes, que no estaban contemplados en el POS, o que de otra manera no hubiese sido posible la materialización de la prestación del servicio de forma oportuna, integral y de calidad (Vélez Arango & González López, 2015).

Estas acciones de tutela que pretendían proteger el derecho a la salud, considerado como de "segunda" generación y que no eran de obligatorio cumplimiento para el Estado, fueron amparados únicamente bajo una teoría jurisprudencial desarrollada como "conexidad", es decir, sólo era protegido el derecho a la salud si éste estaba conectado a una vulneración de un derecho de "primera" generación, que es de obligatoria protección por las entidades estatales, como eran los derechos a la vida, a la integridad, a la dignidad humana, entre otros.

Al respecto, Huerta Lara indica: *"una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo; sino, por el contrario se ve obligado a regularlo conforme lo que dispone la propia Carta Magna, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus garantías individuales"* (2009, pág. 136), lo que indica que estas tutelas que se interpusieron para la protección efectiva del derecho a la salud en conexidad con otros derechos, como los de la dignidad humana y la vida, se convirtieron en un camino invaluable para consolidar el derecho a la salud como un derecho fundamental en Colombia.

En ese momento histórico la Corte Constitucional como defensor de la Constitución Política de 1991, emitió reiteradas sentencias que establecían el principio de integralidad como parte esencial para la protección y goce efectivo del derecho a la salud, pero ciñéndola única y exclusivamente a la prestación de servicios asistenciales a que tenían derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud en ese momento y que se centraban en la prestación de los servicios de salud prescritos por los médicos tratantes de los afiliados al SGSSS. En sentencias como la T-1228 de 2005, la Corte Constitucional sentó su jurisprudencia frente a este principio señalando que el carácter integral de la asistencia sanitaria significa que un tratamiento prescrito por el médico tratante no puede ser prestado de manera parcial, ya que puede afectar la posibilidad de la recuperación de un paciente, por lo que escindir de un tratamiento que ha sido médicamente recomendado de manera conjunta, anularlo o dejarlo pendiente, es ignorar el derecho mismo a la salud (Sentencia T-1228 , 2005).

Este pensamiento de reducir el derecho a la salud y el principio de integralidad a una mera prestación de carácter asistencial niega en sí mismo el valor jurídico fundamental de los derechos sociales, pues los califica como meras reivindicaciones de bienes sociales y culturales o aspiraciones legítimas, pero no los cataloga como verdaderos derechos (Perdomo Castaño, 2011), asociando este principio con el tratamiento médico que los galenos ordenaban, pero respetando las exclusiones que señalaba el POS.

En ese orden de ideas, la Corte Constitucional sostenía que se debía brindar a las personas un servicio de manera efectiva e integral, es decir, todo cuidado, suministro de medicamento, intervención quirúrgica, práctica de rehabilitación, examen para el diagnóstico y todo otro componente que el médico tratante considere necesario para el restablecimiento de la salud del paciente (Sentencia T-518, 2006), es decir, todos estos servicios se brindaban con connotación meramente asistencial de recuperación de la salud. Esto llevó a que por medio de la revisión de los fallos de tutela, la Corte Constitucional lograra crear una especie de POS jurisprudencial (Espinosa Torres, 2013), y en virtud del principio de integralidad comenzó a dar lineamientos precisos frente a la prestación a los servicios de salud a las IPS y EPS para evitar la violación del derecho a la salud, pero tal y como se mencionó, únicamente cuando éste estuviera siendo vulnerado en conexidad con el derecho a la vida y la dignidad humana.

Por esto, cientos de tutelas fueron elegidas para revisión por la honorable Corte y al impartir órdenes y hacer una valoración del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, la Corte Constitucional formula un estado de cosas inconstitucionales, definida como aquella donde *"se presenta una repetida violación de derechos fundamentales de muchas personas –que pueden entonces recurrir a la acción de tutela para obtener la defensa de sus derechos y colmar así los despachos judiciales– y cuando la causa de esa vulneración no es imputable únicamente a la autoridad demandada, sino que reposa en factores estructurales"* (Sentencia T-025, 2004).

Dentro de los factores valorados por la Corte para definir si existe un estado de cosas inconstitucional, se destacan los siguientes: (i) la vulneración masiva y generalizada de varios derechos constitucionales que afecta a un número significativo de personas; (ii) la prolongada omisión de las autoridades en el cumplimiento de sus obligaciones para garantizar los derechos; (ii) la adopción de prácticas inconstitucionales, como la incorporación de la acción de tutela como parte del procedimiento para garantizar el derecho conculcado; (iii) la no expedición de medidas legislativas, administrativas o presupuestales necesarias para evitar la vulneración de los derechos. (iv) la existencia de un problema social cuya solución compromete la intervención de varias entidades, requiere la adopción de un conjunto complejo y coordinado de acciones y exige un nivel de recursos que demanda un esfuerzo presupuestal adicional importante; (v) si todas las personas afectadas por el mismo problema acudieran a la acción de tutela para obtener la protección de sus derechos, se produciría una mayor congestión judicial (Sentencia T-025, 2004).

Se hace inconcebible pensar que un Estado, que fue constituido como un Estado Social de Derecho hubiera desconocido el principio universal de integralidad de los derechos humanos, haciendo que el derecho a la salud fuera un derecho fundamental a medias, puesto que no se reconocía todos los derechos humanos implicados como fundamentales, sino sólo con la teoría de la conexidad, además que no se valoraba las pluridimensionalidades del ser humano, es decir, que se garantizara en cada una de sus facetas. Tal desconocimiento implica un incumplimiento grave e injustificado del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (en adelante se denominará DIDH), que claramente debía ser objeto de reformulaciones político-normativas de relevancia constitucional (Perdomo Castaño, 2011).

Es así como la Corte Constitucional como principal garante de la Constitución Política decide en su jurisprudencia y en aplicación al principio de integralidad, reconocer que los DESC, en este caso el derecho a la salud, tienen como función principal la de procurar igualdad material en la estructura social, como un valor básico asociado al principio de la dignidad humana (Herreño, 2008), lo que constata un avance significativo en el proceso judicial de fundamentalización de los derechos sociales, particularmente al modificar la esencia misma de este derecho. La Sentencia T-760 de 2008, donde la Honorable Corte decide crear como figura jurídica autónoma, el derecho fundamental a la salud, desligándolo de la teoría de la conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad humana, y

comprendiendo que tal y como fue consagrado el principio universalidad de integralidad, el derecho a la salud debe entenderse de forma indivisible e integro a estos otros derechos humanos con los que se "conectaba", sin que prime uno de otro, creando normas reglamentarias y de procedimiento que vinculaban a las EPS e IPS a un marco jurídico más garantista para la prestación de servicios de salud a sus afiliados.

3. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD ENTENDIDO COMO CRITERIO FINALISTA

La sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008, vislumbró la necesidad de replantear el derecho a la salud y la forma en cómo se estaban prestando los servicios de salud, con un análisis del mismo sistema, de su formación, estructura y funcionamiento; consolidando a partir de allí, su línea jurisprudencial con el reconocimiento de la fundamentalidad del derecho a la salud, afirmando que: *"(…) son fundamentales aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo"* (Sentencia T-760, 2008).

Este análisis lo realiza el tribunal constitucional a partir de la revisión de 20 tutelas que fueron interpuestas por personas que habían sido vulneradas en su derecho a la salud, con el propósito de resolver, entre otros, los siguientes problemas jurídicos concretos: (i) si era posible desconocer el derecho a la salud, cuando no se autorizaban tratamientos médicos a una persona o niños y niñas, que no podían costearlos por sí mismos, por el sólo hecho de que no se encontraban incluidos en el plan obligatorio de salud o porque la vida o integridad de la persona no dependía de la prestación del servicio, o (ii) cuando incluso el tratamiento sí estaba incluido en el POS, pero la persona debía acudir a la jurisdicción constitucional para materializar el servicio, porque de otra manera no era posible por las barreras y cargas administrativas y burocráticas propias de las EPS (Sentencia T-760, 2008).

En esta providencia, la Corte expidió 16 órdenes de carácter general, que pretenden indicarle al Estado y a los actores del SGSSS cómo deberían operar, y qué asuntos debían regularse en esta materia para que el sistema mejorara, fundamentando su decisión con lo dispuesto en la Constitución misma, y en el bloque de constitucionalidad ratificado por Colombia, en especial la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que trata de *"el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"* (CESCR, 2000), mostrando la evolución de protección que también tuvo este derecho en el ámbito internacional, y que marcaría un punto de partida para las transformaciones posteriores que habría del derecho a la salud en el sistema de salud colombiano.

Estos lineamientos y criterios se brindaron por la Sala para que las EPS, IPS, demás actores del SGSSS y el Estado colombiano garantizaran el acceso equitativo, oportuno e integral a los servicios de salud. Al respecto, el Honorable Tribunal explicó las implicaciones que se derivaban de reconocer la fundamentalidad del derecho a la salud, especialmente a las fallas en la regulación del sistema de salud y le dio un nuevo significado a este derecho en Colombia, acatando lo dispuesto en la Observación General N°14 (2000), y estableciendo la indivisibilidad, integridad e interdependencia que promulga el principio de integralidad, en tanto está *"estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud."* (CESCR, 2000)

Esta resignificación del concepto de salud implicó el cambio más significativo del rol que tendría el principio de integralidad frente al derecho a la salud porque este dejó de ser considerado como un presupuesto meramente asistencial, en tanto, la salud en sí misma dejó de ser considerada como la simple "ausencia de afecciones y enfermedades en una persona", y pasó a ser considerado como un derecho complejo que busca proteger múltiples ámbitos de la vida humana, por su concepción y por la diversidad de obligaciones del Estado y de la sociedad misma que de éste se derivan, teniendo en cuenta que, para su garantía y goce efectivo se encuentra supeditada, en parte, a los recursos materiales e institucionales disponibles (Sentencia T-760, 2008).

Es en este punto, donde la Corte Constitucional en una de sus órdenes al SGSSS, expresamente establece que el acceso a los servicios de salud deberá ser brindados de acuerdo con el principio de integralidad interpretado bajo un criterio finalista, indicando que toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder integralmente a los servicios de salud que requiere con necesidad, como ocurre, por ejemplo, cuando el acceso implica el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado. En el mismo sentido, las inclusiones y exclusiones del POS deben ser interpretadas conforme a un criterio finalista, relacionado con la recuperación de la salud del interesado y el principio de integralidad. (Sentencia T-760, 2008)

Esta concepción finalista implicaba, por un lado, que si existía un tratamiento o procedimiento que está incluido en el POS, también lo estarían los implementos y demás servicios que requiera el afiliado y que sean necesarios para la realización del mismo, incluso contemplando entregas de medicamentos y servicios que fueran catalogados como no POS y además el suministro de transporte para recibir la atención, entendiendo que el fin último del sistema es lograr la recuperación de la salud de la persona, sin atender a las barreras u obstáculos administrativos que anteriormente creaban las EPS, y por otro lado, ordena que la adopción del criterio finalista del principio de integralidad implica que se deben interpretar las disposiciones normativas que regulan la materia, para que la salud sea entendida como el derecho al máximo nivel posible de salud que permita vivir dignamente.

Esta última interpretación finalista, supera la visión de la protección de la salud más allá de la ausencia de enfermedad, que era como había sido tratado el derecho a la salud hasta este momento por el sistema, y pasa la Corte Constitucional a reconocer un conjunto de factores que también influyen en la protección de la salud, que no habían sido tenidos en cuenta hasta ese momento y que se salen de lo meramente fisiológico, como son *"una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano".* (CESCR, 2000)

Entender el principio de integralidad como criterio finalista, impone la obligación de los actores del sistema a estructurar escenarios favorables para que los afiliados accedan de manera efectiva y oportuna a los servicios de salud básicos y esenciales para obtener el mayor nivel posible de salud, y promover condiciones de acceso en términos de universalidad y solidaridad, sin perjuicio de que se requiera de la asistencia económica del Estado, estableciendo una progresividad constante y eficiente en la materialización de este derecho en la sociedad colombiana. Frente a esta universalidad y solidaridad, se tiene que la atención integral en salud debe fundamentarse en la condición de ser persona y no puede restringirse a aquellos que tienen la condición de asegurados como criterio único de accesibilidad formal y material a los servicios disponibles (Jaramillo Vélez & García-Juan, 2019).

Al respecto ha dicho la Corporación, en Sentencia T-694 de 2009 "(…) *el derecho a la vida implica también la salvaguardia de unas condiciones tolerables, que permitan subsistir con dignidad y, por tanto, para su protección no se requiere estar enfrentado a una situación inminente de muerte, sino que al hacerse indigna la existencia ha de emerger la protección constitucional"* (Sentencia T-694, 2009). La sentencia T-760 de 2008 constituye un antes y un después en la historia del Sistema de Salud colombiano, y da cuenta del papel importante que juega la Corte Constitucional, como guardián de la Constitución Política de 1991 en la construcción de nuevas políticas públicas, pues dio órdenes en su sentencia que aún se mantienen, como son las de unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, estableció un control de precios de medicamentos, facilitó el recobro a las entidades y a los sistemas de información de las EPS, dio la orden de actualizar anualmente el POS, que posteriormente fue denominado como Plan de Beneficios de Salud (en adelante se denominará PBS) y que se actualiza periódicamente, además que impulsó la reforma en salud de la Ley 1438 de 2011.

Esta reforma legislativa en materia de salud buscaba fortalecer el sistema de salud, a través de un modelo de Atención primaria en salud (APS) con el uso de recursos en promoción y prevención de la salud, mejoramiento en el sistema de información y fortalecimiento del aseguramiento de los colombianos, en virtud del principio de universalidad, pero en un marco de estabilidad financiera del SGSSS (Ley 1438, 2011). Esta estabilidad financiera en atención a que la salud se ha ajustado a los parámetros de servicio público, en virtud del artículo 49 de la Constitución Política, acatando que, al ser un derecho fundamental complejo, de este se derivan diversas obligaciones, acciones y compromisos, que deben negociar con las condiciones económicas dispuestas para su desarrollo por parte del Estado colombiano (Espinosa Torres, 2013), lo que en últimas señala que sigue siendo un derecho supeditado a intereses económicos de los actores del SGSSS.

Lo anterior, pese a que en esta disposición normativa es ratificado el principio de integralidad dentro de la calidad de los servicios, así: *"Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica provisto de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada"* (Ley 1438, 2011). Esta situación, de satisfacer el lucro de las entidades a costa del desconocimiento y vulneración del derecho a la salud de miles de colombianos, y pese a los esfuerzos que realizó la Corte Constitucional con su pronunciamiento, dejó a los afiliados con los mismos problemas frente al sistema, pues hay tratamientos y medicamentos que siguen excluidos del PBS, la falta de oportunidad, eficiencia y calidad en la atención y entrega de medicamentos continúa, y las actualizaciones a la que es sometido el plan de beneficios no se perciben ya que los medicamentos y exámenes siguen siendo negados (Ramírez Ramírez, Rocha Beltrán, Durango Suárez, & Rodríguez Álvarez, 2016), por lo que la acción de tutela se ha convertido en el medio idóneo para que el juez constitucional, acuda a los pronunciamientos de la Corte Constitucional que se han proferido atendiendo a los principios de integralidad y continuidad, como valor propio del servicio público de la salud.

En el afán de atenuar las situaciones derivadas de las fallas estructurales del sistema sanitario, y con los avances que había propuesto la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en especial la contenida en la Sentencia T - 706 de 2008, la protección del derecho a la salud se materializó normativamente con la expedición de la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015; que recibió el aval de la Corte Constitucional consagrando: "*La salud como un derecho fundamental y obligando al Estado a adoptar Políticas Públicas para asegurar acceso igualitario de los ciudadanos a los servicios de salud"* (Ley 1751, 2015). Así, se mantiene la negación de proteger el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad humana y busca garantizarlo como un derecho fundamental autónomo, esta vez a nivel legislativo.

Esta adopción de medidas normativas frente al derecho a la salud implica que se está adecuando el ordenamiento jurídico interno a las normas internaciones sobre Derechos Humanos, en atención a la indivisibilidad de los derechos que promueve el principio de integralidad, y que han sido protegidos de manera progresiva, pues tal y como lo ha indicado el Comité DESC de las Naciones Unidas, derechos como el de la salud deben prevalecer sobre la disponibilidad económica, impidiendo retrocesos en las medidas que se hayan realizado para garantizar efectivamente los DESC (Comité DESC, 1990). Esto denota un cambio decisivo en la aplicación del principio de integralidad en Colombia, en la constitucionalización de los derechos humanos como derechos fundamentales, por la unidad e indivisibilidad que existe entre estos y por la función que cumplen frente a la dignidad humana de los habitantes de este territorio, sin obedecer a actos discriminatorios. En ese sentido, se reconoce que el principio de integral no sólo implica superar los percances de salud que afecten las condiciones físicas o mentales de una persona, si no el cómo puede sobrellevar esa enfermedad manteniendo su integridad personal, social, cultural, laboral, y demás esferas, que le permitan materializar una adecuada calidad de vida y dignidad humana en todos los aspectos que rodean su vida.

4. PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD ENTENDIDO DESDE LA COSMOVISIÓN DEL SER

La Declaración de Derechos Humanos, la Observación N°14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Constitución Política, se constituyeron como las bases legales y constitucionales para que en Colombia se instituyera el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, con base en sus características sustantivas, entre otras, que es inherente a la condición humana, es irrenunciable, que no prescribe y que es deber del Estado garantizarlo (Ramírez Ramírez, Rocha Beltrán, Durango Suárez, & Rodríguez Álvarez, 2016). La promulgación de esta Ley Estatutaria de Salud buscaba solucionar los problemas de la atención en salud relacionados con la calidad, oportunidad y el acceso a los servicios de salud, con una visión que trascendiera el concepto de enfermedad y a los intereses económicos que habían prevalecido hasta ese momento, por lo que su propósito era generar un impacto positivo en la situación de salud que habían enfrentado los ciudadanos hasta ese momento.

Frente al principio de integralidad, la Ley 1751 de 2015 le dedica un artículo especial, cuya garantía se orienta a asegurar la efectiva prestación de este servicio de manera completa desde la prevención hasta la curación y sin fragmentación de la responsabilidad frente a la prestación de un servicio de salud, estableciendo en su artículo 8 lo siguiente:

> *"**La integralidad**. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definida por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada."* (Ley 1751, 2015)

La definición legal de este principio debe leerse articulada a "una concepción de derecho a la salud que forma parte del derecho a la vida, comprendida en toda la dimensión de la existencia humana dentro de un espacio que va más allá de lo individual: la persona en su entorno familiar, comunitario, como parte de la naturaleza y el universo" (Duque Quintero, Gómez Rúa, & Rivera Aguirre, 2013). Que el principio de integralidad se haya establecido en la Ley Estatutaria, indica que

es una obligación imperativa de todos los agentes que intervienen en la prestación de los servicios de salud y al que tienen derecho todas las personas que pertenecen o no al SGSSS, lo que cambia toda la lógica de la concepción del sistema de salud en Colombia y del esquema de aseguramiento de la Ley 100 de 1993, y que implica que deberá cubrirse todo aquello que se requiera para la recuperación de la salud, así como, los servicios encaminados a la promoción, prevención, paliación, rehabilitación y atención de la enfermedad, así como de sus secuelas.

La salud no equivaldría solo a un estado de bienestar físico o funcional; si no que incluiría también el bienestar psíquico, emocional y social de la persona y el núcleo social que lo rodea, entendido en todas sus dimensiones y facetas, que vaya encaminado a lograr su calidad de vida y su desarrollo integral como ser humano (Vélez Arango A. L., 2012), por lo que la garantía de este derecho no debe limitarse únicamente a una atención, medicamento o procedimiento, sino que es deber de todos los actores del SGSSS e incluso del Estado y la sociedad misma que la persona obtenga una recuperación integral en sus aspectos, tomando en cuenta no sólo su condición física, si no su contexto personal, familiar y social.

En ese sentido, el análisis del principio de integralidad exige que tanto la sociedad como cada uno de sus miembros aporten para de esta manera "atenuar cualquier privación o penuria que cualquier ciudadano pudiese afrontar; en especial para los que menos recursos disponen" (Duque Quintero, Gómez Rúa, & Rivera Aguirre, 2013), y a quienes se encuentren vulnerables o desprotegidos frente a la prestación de los servicios de salud en Colombia, entendiendo que la salud es un derecho de todos los seres humanos y, por lo tanto, todos deben tener acceso a servicios y atención médica en términos de integralidad, desde la prevención hasta alcanzar el máximo nivel de salud posible.

La Corte Constitucional se ha referido al principio de integralidad y ha sido enfática en señalar que el tratamiento que se debe proporcionar para garantizar el derecho a la salud de una persona no tiene como único objetivo obtener la curación, pues este debe estar encaminado a superar todas las afecciones que pongan en peligro la vida, la integridad y la dignidad de la persona (Defensoría del pueblo, 2023). Así las cosas, se tiene que el sistema de seguridad social en salud contemplado por la Ley 1751 de 2015 se rige por una serie de principios dirigidos a la materialización del derecho fundamental a la salud de toda persona que se encuentre dentro del territorio nacional, sin distinción de nacionalidad, raza, género, etnia; y bajo estándares de calidad y eficiencia del servicio, y para esto, se planteó un sistema de cobertura universal, sin barreras económicas, geográficas ni culturales, que garantizara el derecho a la salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Giraldo Restrepo & Buitrago Escobar, 2017). En ese sentido, las EPS, IPS e incluso el Estado mismo deben adoptar medidas efectivas que permitan el acceso a los servicios de salud para toda la población, con los recursos humanos o económicos que se requieran, pues de ello depende garantizar los derechos fundamentales de vida digna, salud e integridad del paciente (Defensoría del pueblo, 2023), de manera integral, en tanto estos son indivisibles y son innatos por su calidad de seres humanos.

Si bien con la Ley Estatutaria se ha buscado dar avances para priorizar la protección a la vida en forma integral, buscando que el SGSSS brinde una solución satisfactoria a las dolencias físicas y sicológicas que afecten el normal desarrollo personal de una persona, para que éstas sean tolerables, dando prioridad a la prevención, y reconociendo la autonomía y diversidad de los individuos, lo cierto es que, en la realidad encontramos que el SGSSS incluso después de la Ley 1751 de 2015 ha dejado a los usuarios con los mismos problemas y vulneraciones frente a su derecho fundamental a la salud, teniendo en cuenta la falta de oportunidad en la prestación de los servicios de salud, medicamentos y procedimientos que son negados por no estar en el PBS, la falta de calidad en la atención y demora en la atención de los especialistas (Ramírez Ramírez, Rocha Beltrán, Durango Suárez, & Rodríguez

Álvarez, 2016), además de las fallas estructurales que ha tenido el SGSSS desde su creación, en tanto es un sistema que se ha declarado en crisis financiera, los casos de corrupción que se han identificado, la insuficiencia de la red asistencial, la escasa reducción en las cifras de morbilidad y mortalidad de la población y el descontento de los usuarios, entre otros (Méndez Aristizábal, 2015).

No obstante, la acción de tutela no ha dejado de ser la herramienta primordial que tienen los ciudadanos para conseguir la protección efectiva a su derecho fundamental a la salud, según cifras de 2023 de la Defensoría del Pueblo, el derecho a la salud continúa siendo el segundo derecho más tutelado, después del derecho de petición, y representa el 24,47% del total de las acciones de tutela que se interponen en el país, donde las pretensiones que más se presentaron fueron por la prestación en servicios de salud (45,58%), tratamientos integrales (14,01%) y medicamentos (12,23%) (Defensoría del Pueblo, 2024).

Teniendo en cuenta que aún existen múltiples barreras que limitan el goce efectivo al derecho a la salud, se debe concebir la persona que está atravesando por una situación de salud dentro de un marco de referencia integral, que permita entender los cambios sociales, económicos, familiares y personales que éste atraviesa, y que involucra no sólo a cada uno de los actores del sistema, si no a la sociedad misma. En segundo lugar, se debe garantizar que los recursos que administran los actores se usen de manera eficiente sin desconocer los criterios de costo-efectividad, racionalidad científica y financiera que aún continúan vigentes con esta ley estatutaria (Ramírez Ramírez, Rocha Beltrán, Durango Suárez, & Rodríguez Álvarez, 2016), pero que incluyan la integralidad del sistema y que garanticen los servicios de salud de forma universal, cambiando de un sistema asistencial a uno que permita la promoción y prevención de la salud.

La sostenibilidad Financiera del SGSSS no podrá ser usado como pretexto para vulnerar el derecho fundamental a la salud, pues este principio no debe ser utilizado para promulgar normas y tomar decisiones que perjudiquen los derechos de los usuarios o desconozcan la jurisprudencia constitucional sobre el acceso efectivo e integral a los servicios de salud, ni puede ser usado para negarse a prestar un servicio de salud eficiente y oportuno a la población (Sentencia T-171, 2018), pues debe primar el acceso en términos de integralidad.

Esto se traduce en que el Alto Tribunal se ha ocupado en desarrollar el concepto del derecho a la salud de manera integral, entendiéndolo como algo más que la ausencia de enfermedad, teniendo en cuenta sus facetas espirituales, psíquicas, emocionales, sociales y culturales, y reconociendo como valor fundamental del derecho a la salud la condición de dignidad como valor intrínseco del ser humano, privilegiando en sus sentencias la indivisibilidad del ser humano en su cuerpo, alma y espíritu (Vélez Arango A. L., 2012). En sus desarrollos jurisprudenciales, la Corte Constitucional ha proporcionado elementos importantísimos para que los actores del SGSSS conceptualicen la vida, el tratamiento, la curación y en general una visión integral de la protección de derecho a la salud y de su goce efectivo, bajo el acatamiento de los principios de integralidad y continuidad, como en la sentencia T-447 de 1994, cuando define las características del derecho a la salud e indica:

> *"a) Es un derecho fundamental, porque es inherente a la persona humana, pues constituye parte integral de su ser. Además, como ya se enunció, es un bien necesario para la calidad de vida que todo hombre merece;*
> *b) Es un derecho derivado del derecho a la vida: La salud es un efecto vital. Lo anterior por cuanto el derecho a la vida comporta, como extensión ontológica, la facultad de vivir en las condiciones de bienestar físico, mental y espiritual adecuadas a su dignidad inviolable;*

> *c) Es un derecho que se tiene desde el momento de la concepción hasta la muerte: el derecho a la salud, al ser inherente a la persona humana, se predica en la totalidad de la existencia del hombre, en todo tiempo y en todo lugar; mientras haya vida humana, hay derecho a la salud. Esto porque la salud no es una contingencia jurídica, sino un medio necesario para la existencia vital que el hombre merece; es un medio que en ciertas ocasiones adquiere la calidad de fin, pues el hombre busca la salud;*
> *d) Es un derecho a conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales".* (Sentencia T-447, 1994)

Estos fallos privilegian el valor fundante de dignidad del ser humano y de su condición de fin en sí mismo, en tanto este valor debe orientar la garantía efectiva de derechos como el de la salud, entendiendo su impacto en las pluridimensionalidades del ser, es decir en todas las esferas del ser humano que son impactadas por la enfermedad y como transforma la libertad de su plan de vida. La Corte ha indicado que uno de los elementos centrales que le da sentido al uso de la expresión *'derechos fundamentales'* es el concepto de *'dignidad humana'* el cual ha de ser apreciado en el contexto en el que se encuentra cada persona (Sentencia T-760, 2008).

En ese sentido, y retomando la doble connotación del principio de integralidad, por un lado, se tiene que el ser humano es una unidad compuesta por un sistema de partes interdependientes (Vélez Arango A. L., 2012), que se componen de una dimensión física, mental, social, cultural, económica, familiar, espiritual, y demás, por lo que el menoscabo que afecte alguna de estas partes, necesariamente afecta a las demás partes en su funcionamiento en general, por lo que la dignidad humana deberá representarse en la comprensión de las condiciones de la enfermedad y a la necesidad de asistencia y cuidado en cada una de estas facetas, desde la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, materializando así un tratamiento integral de la enfermedad.

Por el otro lado, se ha reconocido que el derecho a la salud tiene una estrecha relación con el derecho a la vida, a la integridad física y a la dignidad humana, sin embargo, en Colombia no se ha tenido en cuenta el criterio integrador de los Derechos Humanos, en tanto la protección y garantía de todos los derechos son fundamentales para una existencia humana digna, que exige que tanto el Estado, como los actores del sistema de salud e incluso la sociedad misma se responsabilice de garantizar todos los derechos humanos a todas las personas sin discriminación alguna. Al respecto, advierte Herreño: *"Para contrarrestar esta tendencia a la naturalización de un Estado desvinculado de la sociedad y dominado por los intereses de los agentes privados, es que sirve el principio de integralidad de los derechos humanos. Con él se recupera la noción y la práctica de un Estado que responde a los intereses generales de la sociedad."* (2008, pág. 230), enalteciendo así el principio rector de integralidad que fue consagrado en el ordinal 5° de la DPAV de las Naciones Unidas frente al derecho a la salud en Colombia.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

El avance en el reconocimiento del derecho a la salud y del principio de integralidad, tanto a nivel jurisprudencial como legislativo, ha marcado un cambio sustancial en la concepción de este derecho en Colombia. Lo que antes se entendía principalmente como un principio asistencial limitado a la prestación de servicios de salud, ahora se reconoce como un principio rector que abarca diversas dimensiones del ser humano. Este enfoque integral permite entender que una persona que enfrenta una condición de salud debe ser atendida no solo en sus aspectos físicos, sino también en sus dimensiones mentales, sociales, económicas y culturales, lo que implica una visión holística que dignifica la condición humana. El principio de integralidad, entonces, va más allá de la mera atención médica,

posicionándose como un eje central que promueve un bienestar completo y armónico, respetando y vinculando los derechos fundamentales en su totalidad.

Este enfoque de la salud, entendido como un derecho fundamental interdependiente con otros derechos humanos esenciales como la alimentación, la vivienda, el trabajo y la educación, ha sido sostenido por la Corte Constitucional. Esta ha señalado que el derecho a la salud no puede verse de manera aislada del contexto social y económico en el que se desarrolla. De acuerdo con la Corte, el acceso a la salud debe incluir no solo la atención médica básica, sino que también debe abarcar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación, reconociendo que la salud es un derecho integral que involucra un amplio espectro de factores. No obstante, a pesar de que esta visión más amplia ha sido reconocida en la normativa, en la práctica, las garantías vinculadas a este derecho solo se materializan de manera efectiva a través de fallos judiciales, como los de tutela, lo que refleja una brecha significativa entre los principios constitucionales y su implementación real en el sistema de salud colombiano.

Para que este cambio se traduzca en una mejora real en el acceso y la calidad de los servicios de salud, es urgente fortalecer las políticas públicas en salud, con una reforma estructural que no solo incorpore el principio de integralidad como un eje fundamental, sino que también asegure una vigilancia constante, con mecanismos claros de supervisión, la asignación de recursos suficientes y la implementación de sanciones efectivas para su incumplimiento. Esta reforma debe ser respaldada por un compromiso conjunto entre el gobierno, los actores del sistema de salud y la ciudadanía, orientada a priorizar el bienestar social por encima de los intereses económicos. Solo adoptando este enfoque integral y colaborativo será posible garantizar que el derecho a la salud se materialice de manera efectiva, promoviendo un desarrollo humano y social sostenible y equitativo.

En este contexto, se hace evidente que el principio de integralidad no solo se refiere a la salud en sí misma, sino que está intrínsecamente ligado a la garantía de otros derechos humanos. No se puede garantizar el derecho a la salud sin también garantizar derechos como la educación, la vivienda o el trabajo, ya que todos ellos son interdependientes y se refuerzan mutuamente. Por lo tanto, cualquier reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe ser diseñada para asegurar que estos derechos se contemplen de manera simultánea, abordando las diversas dimensiones de la vida humana. Así, no podemos hablar de un verdadero bienestar social si los derechos fundamentales se tratan de manera fragmentada o incompleta. La integración de todos estos derechos es esencial para alcanzar un desarrollo humano pleno, donde cada ciudadano pueda disfrutar de una vida digna y saludable en todos sus aspectos, y no solo en los limitados términos de acceso a servicios médicos.

Finalmente, es importante anotar que es imperativo que el Estado y los actores del SGSSS asuman un compromiso más firme para garantizar el derecho a la salud de manera efectiva y sin discriminación. La protección del derecho a la salud en Colombia sigue siendo un desafío complejo que requiere un enfoque integral y coordinado entre el gobierno, las entidades del sistema de salud y la sociedad en general. Solo a través de un compromiso serio con los principios de universalidad, igualdad y solidaridad, y un sistema de salud que priorice el bienestar social sobre los intereses económicos, se podrá garantizar que todos los ciudadanos, sin excepción, puedan acceder a una salud digna y de calidad. Esta visión debe considerar no solo la curación de enfermedades, sino también la promoción de un bienestar integral que abarque todas las esferas del ser humano, desde lo físico hasta lo social y lo cultural.

BIBLIOGRAFÍA

Blanco, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas.* Madrid: Ciencias Sociales, Alianza Editorial.

Burgos, M., & Parvic, T. (2011). *Atención en salud para migrantes: un desafío ético.* Concepción: Universidad de Concepción.

Caballero, A., González, B., & Salazar, L. (2021). Política en salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en Colombia. *Revista Estudios Culturales, 14 (27),*, 39-50.

Caicedo Romero, V. (2022). *Integración de las Mujeres Migrantes Venezolanas en el Sistema de Salud en Colombia.* Universidad Santo Tómas.

CESCR. (2000). *OBSERVACION GENERAL 14.* COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

CIDH. (2018). *Resolución 2/18. Migración forzada de personas venezolanas.* Bogotá: Aprobada en Bogotá (Colombia) en el marco de su 167 período de sesiones.

Cluster Salud Colombia. (2023). *CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DE ALTO COSTO EN POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE.* Bogotá: iMMAP.

Comité DESC. (1990). *Aplicacion Del Pacto Internacional De Economicos, Sociales Y Culturales, Observación general 3,.*

Consejo Danés para Refugiados. (2022). *ACCESO A LA AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO POR PARTE DE LA POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA.* Danish Refugee Council (DRC).

Constitución Política de Colombia. (1991). Bogotá D.C.

Crenshaw, K. (2006). Raza, reforma y retroceso: transformación y legitimación en el derecho contra la discriminación. . En I. J. García, *Crítica Jurídica. Teoría y sociología jurídica en los Estados Unidos* (págs. (págs. 97-123)). Bogotá: Universidad de Los Andes.

CUSO Internacional. (2021). *Dinámicas Laborales de las Mujeres Migrantes Venezolanas en Colombia. Contrastes, avances y retos en 2021.* CUSO Internacional.

Decreto 064 (Ministerio de Salud y Protección Social 2020).

Decreto 1209. (2024).

Defensoría del pueblo. (2023). *Principales reglas de la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud en Colombia.* Bogotá.

Defensoría del Pueblo. (29 de Abril de 2024). *defensoria.gov.co.* Obtenido de Por vulneración del derecho a la salud, los colombianos presentaron cerca de 198.000 tutelas durante el 2023: https://www.defensoria.gov.co/-/por-vulneraci%C3%B3n-del-derecho-a-la-salud-los-colombianos-presentaron-cerca-de-198.000-tutelas-durante-el-2023

Donnelly, J. (1994). *Derechos Humanos Universales. Teoría y Práctica.* México D.F: Editorial Guernika, Traducción de Ana Maria Stellino.

Duque Quintero, S. P., Gómez Rúa, N. E., & Rivera Aguirre, C. D. (2013). Sobre la materialización del principio de solidaridad en el sistema general de salud colombiano. *CES DERECHO Volumen 4 No.2*, 57-70.

Echeverri Villa, L. F. (2019). *El derecho fundamental a la salud de la población migrante venezolana en Colombia : análisis de la jurisprudencia constitucional colombiana.* Universidad EAFIT.

El tiempo. (25 de Noviembre de 2022). Migrantes venezolanos en Colombia serían más de 3 millones; 62 % quiere quedarse. *https://www.eltiempo.com/politica/gobierno/migracion-venezolana-en-colombia-que-pasara-con-los-migrantes-720279*.

Escola de Cultura de Pau. (2004). *Alerta 2004! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de la paz.* . Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Espinosa Torres, X. (2013). EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN COLOMBIA: BASE TEÓRICA Y JURISPRUDENCIAL. *SABER, CIENCIA Y Libertad ISSN: 1794-7154*, 45-59.

Freitez, A. (2019). Crisis humanitaria y migración forzada desde Venezuela. En F. L. L. Gandini, *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y seguridad jurídica en Latinoamérica* (págs. 33-58). Ciudad de México: UNAM.

García Arias, M., & Restrepo Pineda, J. (2019). Aproximación al proceso migratorio venezolano en el siglo XXI. *Hallazgos vol.16 no.32*.

García, M., Jaramillo, I., & Restrepo, E. (2006). Estudio preliminar al libro Crítica jurídica. En I. J. García, *Crítica Jurídica. Teoría y sociología jurídica en los Estados Unidos* (págs. (págs. 7-66)). Bogotá: Universidad de los Andes.

Giraldo Restrepo, Y., & Buitrago Escobar, A. M. (2017). EL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO. *Estudios Latinoa., núm. 4-*, 71-85.

Gómez Arias, R. D., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 31(4)*, 733-739.

González, M., & Rincón, E. (2017). VENEZUELA: la caída sin fin ¿hasta cuándo? Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016 (ENCOVI). Caracas: Abediciones.

Herreño, Á. L. (2008). *¿Todo o nada? Principio de integralidad y Derechos Sociales*. Bogotá: ILSA.

Huerta Lara, M. d. (2009). Expansión y justiciabilidad de los derechos sociales en México. *Letras jurídicas: revista de los investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas U. V.*, 132-146.

Jaramillo Vélez, L. D., & García-Juan, L. (2019). RETOS ACTUALES DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE IRREGULAR EN COLOMBIA. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 15-31.

Ley 100 (1993).

Ley 1438, Ley 1438 (2011).

Ley 1751 (2015).

Ley 1751 (2015).

Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Estudos Feministas, Florianópolis*, 691-712.

Martínez Espinosa, L. F., & García Fernández, A. (2021). EL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LAS ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN COLOMBIA. *VOX JURIS*, 111-124.

Martínez Hincapié, H. D. (2014). INCORPORACIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES. *Ratio Juris, vol. 9, núm. 19, julio-diciembre*, 175-197.

Méndez Aristizábal, I. D. (2015). *"El Derecho fundamental a la salud: Repensando su efectividad en Colombia con especial atención a la salud de las mujeres."*. Getafe: Universidad Carlos III de Madrid.

Ministerio de Salud. (2022). *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de enero de 2022.* Bogotá: Marzo.

NRC. (2019). *Identificación de necesidades de protección de la población venezolana.* CONSEJO NORUEGO PARA REFUGIADOS.

Observatorio de Migraciones, Migrantes y Movilidad Humana. (2024). *Informe de Migrantes venezolanas (os) en Colombia.* Bogotá: Ministerio de Relaciones Exteriores.

Observatorio Nacional de Migración y Salud. (julio de 2024). *sispro.gov.co*. Obtenido de https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Migrantes-afiliados-a-Salud.aspx

OFDA-USAID. (2020). *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?*. Bogotá.

OIM. (2024). *ESTUDIO DE IMPACTO FISCAL DE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA EN COLOMBIA: REALIDAD VS POTENCIAL.* Equilibrium Social Development Consulting .

ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos.* París.

ONU. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. *CONFERENCIA MUNDIAL DE DERECHOS HUMANOS.* Viena: Naciones Unidas.

Perdomo Castaño, C. A. (2011). *Derechos fundamentales a medias e integralidad de derechos.* Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Pérez Fuentes, C. A., Hernández Peñaloza, F. A., Leal Castañeda, K., & Castillo Calderón, D. F. (2019). Análisis jurisprudencial del derecho a la salud en Colombia. *Revista Academia & Derecho*, 87-124.

R4V. (2022). *"ANÁLISIS DE NECESIDADES DE REFUGIADOS Y MIGRANTES".* Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela .

RAE. (26 de 05 de 2024). *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed.* Obtenido de https://dle.rae.es

Ramírez Ramírez, a. M., Rocha Beltrán, D. E., Durango Suárez, L. F., & Rodríguez Álvarez, S. B. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho Volumen 7 No.2 Julio-Diciembre*, 13-41.

Ramos Moreno, J. A., & Sánchez Murillo, J. D. (2018). *ACCESO AL DERECHO A LA SALUD PARA PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN COLOMBIA A LA LUZ DE LA NORMATIVA VIGENTE.* Bogotá: UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA.

Resolución 1035 (Ministerio de Salud y Protección Social 2022).

Resolución 12509 (Ministro de Relaciones Exteriores 4 de Diciembre de 2024).

Resolución 5261 (1994).

Resolución 6370 (Ministerio de Relaciones Exteriores 2018).

Rocha Buelvas, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES*, 67-70.

Rodriguez Vargas, J. M. (2020). *El Acceso al Sistema de Salud de los Migrantes Venezolanos en Colombia y sus factores asociados, 2018.* Tijuana: El colegio de la Frontera Norte.

Sentencia T-025, Sentencia T-025 (Corte Constitucional 2004).

Sentencia T-1228 , Sentencia T-1228 (Corte Constitucional 2005).

Sentencia T-171 (Corte Constitucional 2018).

Sentencia T-447, Corte Constitucional (1994).

Sentencia T-518 (Corte Constitucional 2006).

Sentencia T-694 (Corte Constitucional 2009).

Sentencia T-760, Sentencia T-760 (Corte Constitucional 2008).

SUBDIRECCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. (2024). *SERIE ANUAL DE AFILIACIÓN A NIVEL NACIONAL 1995-2023*. Obtenido de dpn.gov.co: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/aseguramiento-de-poblacion.aspx#:~:text=Los%20esfuerzos%20mencionados%20han%20incidido,99%2C12%25%20en%202022.

Vélez Arango, A. L. (2012). SALUD Y ENFERMEDAD: LA CONTRIBUCIÓN DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 17, No.2, julio - diciembre*, 91 - 109.

Vélez Arango, A., & González López, J. (2015). El acceso a medicamentos y su alcance por la vía judicial: análisis comparativo Colombia- España. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.*, 121-131.

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista 52*, 1-17.