

**COMISION DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T760/2008 Y DE REFORMA  
ESTRUCTURAL A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL (CSR)**

**SEGUNDO INFORME A LA CORTE CONSTITUCIONAL**

Auto 317 de 2010, Referencia: Invitación a la presentación de conceptos por parte de entidades académicas, sobre áreas técnicas, críticas y complejas en el seguimiento de la sentencia T-760 de 2008.

**Bogotá, Febrero de 2011**

**COMISION DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T760/2008 Y DE REFORMA  
ESTRUCTURAL A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL (CSR)**

**SEGUNDO INFORME A LA CORTE CONSTITUCIONAL**

**Interrogantes relacionados con la Orden 16. Fallas de regulación en los planes de beneficios**

**Interrogantes relacionados con las órdenes 17 y 18. Actualización de los planes de beneficios**

**Interrogantes vinculados con la orden 23. Funcionamiento de los comités técnico científicos (CTC):**

Bogotá, Febrero de 2011

## **ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO**

I. Marco General de las respuestas .....	5
II. Interrogantes relacionados con la Orden 16. Fallas de regulación en los planes de beneficios:.....	8
1.1. El acceso a los servicios de salud, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, ¿se presenta en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad, y de acuerdo con el principio de integralidad, según lo descrito en el numeral 4.4.6. de la sentencia T-760 de 2008?.....	8
Planteamientos.....	8
Conclusión Final.....	17
¿cuáles son los factores que, en mayor medida, obstaculizan la obtención de los servicios de salud en los términos descritos? .....	18
1.2 La normatividad expedida por el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, ¿ha sido suficiente para incentivar la prestación de los servicios de salud incluidos en los planes de beneficios y aquellos que se requieren con necesidad, así como para desincentivar su negación? .....	19
Planteamientos.....	19
Conclusión final .....	20
1.3. ¿Qué mecanismos o ajustes, diferentes a los contemplados en la normatividad actual, propone para asegurar el acceso oportuno y efectivo de las personas a los servicios de salud incluidos en el POS o POS-S, así como aquellos que se requieran con necesidad y que no están contemplados dentro del plan de beneficios del régimen al cual se encuentran afiliadas? y ¿qué herramientas son necesarias para desincentivar la negación de los servicios de salud en los términos antedichos y para evitar las prácticas irregulares o abusivas? .....	21
¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para valorar el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad y de acuerdo con el principio de integralidad? .....	22
II. Interrogantes relacionados con las órdenes 17 y 18. Actualización de los planes de	

beneficios:.....	24
¿Cuál fue la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización de los planes de beneficios? Los mecanismos adoptados en este proceso, ¿fueron/son suficientes y aptos para garantizar la participación real y efectiva de dichas agrupaciones? .....	24
Planteamientos.....	24
CONCLUSION.....	25
El proceso de actualización de los planes de beneficios, ¿atendió las condiciones de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud? El valor de la UPC, ¿soporta la prestación oportuna, efectiva e integral de los servicios de salud contenidos en los planes? .....	26
Planteamientos.....	26
CONCLUSION FINAL .....	27
III.. Interrogantes vinculados con la orden 23. Funcionamiento de los comités técnico científicos (CTC): .....	28
5.1. La regulación vigente, ¿es suficiente para garantizar el trámite interno para la autorización directa de los servicios No POS ordenados por el médico tratante? Y ....	
5.2. El funcionamiento actual de los Comités Técnico-Científicos, ¿constituye garantía real para que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud accedan a los servicios de salud que se requieran con necesidad y para controlar los posibles excesos o abusos? .....	28
Planteamientos.....	28
CONCLUSION.....	32

## I. Marco General de las respuestas

El primer aspecto a tener en cuenta para comprender las definiciones que la Corte asume sobre el acceso integral a los servicios de salud consiste en reconocer que la Sentencia T-760/08 se refiere a un componente del derecho a la salud bien delimitado. En el texto se lee: *En la presente sentencia, la Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud –concretamente, el acceso a servicios de salud que se requieren–, cuya solución ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación* (p. 3). Por esta razón, el núcleo central de la Sentencia es el acceso efectivo a los servicios que se requieren y no la salud en un sentido amplio.

Más adelante, la Sentencia presenta la concepción de derecho a la salud que sustenta el análisis y las órdenes impartidas:

*El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.* (p. 15-16).

En esta misma sección, la Corte recoge una concepción amplia de salud: *En términos del bloque de constitucionalidad, el derecho a la salud comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado, el cual se alcanza de manera progresiva* (p. 16). E incluye un enfoque diferencial de equidad: *En estado social y democrático de derecho que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia* (p. 16).

El derecho fundamental a la salud está ligado al concepto de *dignidad humana*, que se valora en cada situación concreta. En una de las sentencias anteriores citadas, la Corte definió, como parte de ese concepto de dignidad, *“la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad”* (p. 19). De este concepto se deriva otra implicación, desde el punto de vista del acceso a los servicios:

*[...] el ámbito del derecho fundamental a la salud está delimitado por la dogmática constitucional, que reconoce los contenidos garantizados a las personas en virtud del mismo. El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud. Puede*

*existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad (sic.) de la persona o su integridad personal (p. 20).*

Por todo lo anterior, la Sentencia concluye: *la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo (p. 21).* Y recuerda que la dignidad es compartida por todos los seres humanos: *la Corte Constitucional en pleno ha subrayado que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos (p. 22).*

Esta perspectiva permite a la Corte acudir al bloque de constitucionalidad y al contenido esencial del derecho a la salud establecido, de la manera más amplia, por la Observación General N° 14 del Comité Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el marco del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). También desde esta perspectiva la jurisprudencia ha aceptado que *todo derecho tiene facetas prestacionales y facetas no prestacionales (p. 30).* Algunas prestacionales pueden ser de aplicación *inmediata* y otras de aplicación *progresiva*.

Aunque el bloque de constitucionalidad abre las posibilidades de ir más allá de los servicios de atención de enfermedades, también la jurisprudencia ha avanzado en la delimitación del derecho al acceso a servicios de salud. La Sentencia parte de un concepto utilizado para negar algunas tutelas que ha sido utilizado por los defensores del modelo, incluido el gobierno actual:

*[...] el derecho fundamental a la salud es limitable y, por lo tanto, el plan de beneficios no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles (p. 46).*

Con base en esta idea, varias sentencias previas han negado tutelas por servicios como los estéticos, gafas y cirugía de ojos, tratamientos de fertilidad, de desintoxicación, prótesis, *By pass* gástrico, servicios odontológicos, tratamiento de alergias. Por esta misma línea, la Sentencia recoge el deber del autocuidado, presente en la Constitución, cuando se solicitan intervenciones como el *By pass* gástrico para superar la obesidad: *Si bien la obesidad puede en el largo plazo tener consecuencias para la salud de una persona, cada individuo también tiene el deber de cuidar de su salud y por lo tanto, de velar por prevenir las enfermedades que se derivan del sobrepeso (p. 46).*

Si bien el Estado tiene el deber de regular el sistema para garantizar el derecho, las EPS son responsables del acceso a los servicios de sus afiliados. Las personas se afilian al sistema y no sólo a una EPS. De allí que el Estado deba garantizar también los servicios No POS, según las tres condiciones del derecho al acceso a servicios de salud, siempre y cuando se *requieran*, según el concepto médico. Pero no todos los servicios No POS deberían ser pagados por el Estado. Sólo aquellos que requieran personas sin capacidad económica:

*[...] la jurisprudencia constitucional consideró que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera 'con necesidad' (que no puede proveerse por sí mismo). En otras palabras, en un estado social de derecho, se le brinda protección*

*constitucional a una persona cuando su salud se encuentra afectada de forma tal que compromete gravemente sus derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad personal, y carece de la capacidad económica para acceder por sí misma al servicio de salud que requiere. (p. 79)*

En todo caso, la capacidad económica de cada caso debe examinar el concepto de *mínimo vital* y su relación con el costo de los servicios No POS. De allí que se haya aceptado recobrar al Fosyga servicios para personas afiliadas al Régimen Contributivo. Al mismo tiempo, cuando una persona con capacidad de pago acude a la tutela para que sea cubierto por el Fosyga, la Corte ha considerado esto como una falta de solidaridad, y debería cubrir los sobrecostos de los servicios No POS directamente (p.107).

- **Referentes específicos para el acceso a los servicios**

Aunque se acepte que el plan es limitado, más adelante la Sentencia define las características del acceso a los servicios, con base en la Constitución y la Ley. Los problemas de oportunidad, calidad y eficacia han sido tratados por la Corte con base en los principios de integralidad y de continuidad (p. 108).

Respecto del *principio de integralidad* (sección 4.4.6.1), el elemento problemático central es la afectación de la calidad derivada del fraccionamiento del proceso de atención que se requiere. En primer término, la integralidad, según el marco legal, implica la articulación de los servicios de información, educación para la salud, prevención de la enfermedad, protección específica, atención curativa y rehabilitación. Más específicamente, la integralidad *se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante* (p. 108-109). Con base en sentencias anteriores, la Sentencia afirma que los servicios integrales *deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente* (p. 109).

La Sentencia resalta el transporte a un lugar distinto a la residencia, en especial de las personas que viven en zonas apartadas y que no cuentan con recursos para cubrir los gastos, pues esto afecta la oportunidad de atención y puede poner en riesgo la vida de las personas (p. 111).

La Sentencia también hace énfasis en los trámites administrativos que puedan afectar la oportunidad y la calidad: *Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas* (p. 112). En particular, se refiere a trámites que le corresponden a la EPS, como las autorizaciones o solicitud de autorización especial al CTC.

Respecto del *principio de continuidad* (sección 4.4.6.2), la Sentencia revisa los casos en los que se ha interrumpido de manera injustificada un proceso de atención. *Se garantiza pues, que el servicio de salud no sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente* (p. 112-113). Se hace énfasis en los casos en que se produce cambio de EPS, cuando la persona está en tratamiento de enfermedad crónica, pues esta situación no debe desmejorar la calidad ni la oportunidad del servicio.

La Sentencia no define expresamente los conceptos de calidad, la oportunidad ni la eficacia de los servicios de salud a los que se accedan. Parte de la idea de que los principios de integralidad y de continuidad deben ser los referentes para verificar si se viola o no el derecho al acceso a los servicios de salud que se requieren con necesidad, según la Constitución y la Ley. En este sentido, la integralidad, a la luz de la sentencia T-760 depende de la articulación de los servicios requeridos por cada paciente y se expresa en que las entidades territoriales y las EPS no pueden dividir, ni fraccionar los servicios de salud requeridos por las personas. Por su parte, la continuidad implica llegar en cada caso hasta la recuperación de la salud, esto es, completar el ciclo de atención, incluso, si sólo se puede lograr una *estabilización* o control de una condición o enfermedad crónica.

## **II. Interrogantes relacionados con la Orden 16. Fallas de regulación en los planes de beneficios:**

***1.1. El acceso a los servicios de salud, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, ¿se presenta en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad, y de acuerdo con el principio de integralidad, según lo descrito en el numeral 4.4.6. de la sentencia T-760 de 2008?***

### **Planteamientos**

Diversos estudios, investigaciones, encuestas y el número de tutelas demuestran que el acceso a los servicios de salud, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, no atienden a los criterios descritos, por el contrario acceder a los servicios de salud, significa para los afiliados la superación de un sinnúmero de barreras relacionadas con la oportunidad, la calidad, de tipo geográfico, normativo y administrativo. Algunos de estos estudios, demuestran que los argumentos centrados en el aumento de las coberturas, no dan cuenta de las dificultades en el acceso a los servicios de salud, en particular a servicios especializados, exámenes de diagnóstico y medicamentos. De hecho, contrasta con los incrementos de la cobertura, la reducción de la tasa de consulta y hospitalización entre 1997 y 2003, reforzando la hipótesis de un posible efecto racionador en el sistema<sup>1</sup>. Por otra parte el aumento en las coberturas y en el gasto en salud no se compadece con el deterioro en importantes indicadores de salud, como la mortalidad evitable por enfermedades prevenibles por saneamiento en hombres y mujeres, diarrea en menores de cinco (años), tuberculosis, tétanos en mujeres e Infección Respiratoria Aguda, tosferina, dengue en hombres, desnutrición infantil, causas obstétricas y malaria.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Ver. Francisco J. Yepes, Manuel Ramírez, Luz Helena Sánchez, Marta Lucía Ramírez, Iván Jaramillo: **Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia Ley 100 de 1993. Asociación Colombiana de la Salud. Facultad de Economía, U. del Rosario. IDRC. Bogotá. Marzo de 2010. Editorial Mayol**

<sup>2</sup> Gómez Rubén Darío. (2006) La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-200. Medellín. Universidad de Antioquia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.



Para presentar la argumentación a la Honorable Corte Constitucional, se ha dividido en dos partes. La primera de ellas hace referencia a un panorama País en general, y la segunda atendiendo también al principio constitucional que incorpora el enfoque diferencial de equidad: En el Estado Social y Democrático de Derecho, que se reconoce a sí mismo como pluriétnico y multicultural, la noción constitucional de salud es sensible a las diferencias tanto sociales como ambientales que existan entre los diferentes grupos de personas que viven en Colombia, por ello en la segunda parte se presenta una mirada desde los pacientes VIH, Mujeres VIH, Personas en Situación de discapacidad y Niños y niñas.

#### a) El panorama general

Para brindar este panorama general, se ha tenido en cuenta, la evolución de la tutela en Colombia, algunas investigaciones puntuales sobre salud, la encuesta realizada por la Defensoría del Pueblo, sobre evaluación de las EPS en el año 2009 y solicitudes puntuales realizadas por la Comisión de seguimiento a las EPS.

- **Tutelas.** La primera evidencia de las dificultades de acceso a los servicios de salud, es que los afiliados, acuden a la tutela como medio legal para alcanzar el acceso real a los servicios incluidos en el POS y que estos sean prestados en condiciones de oportunidad. Según la Defensoría del Pueblo en el año 2009 el número de tutelas interpuestas fue 370.640 (7,6% más que 2008), dentro de ellas la solicitud mas frecuente fue tratamientos, medicamentos y cirugías.

De igual forma, el 68,2% de las solicitudes en las tutelas se encuentran incluidas dentro del POS, siendo mayor en el régimen subsidiado (su contribución pasó de 16,6% en 2008 a 56,4% en 2009).

La falta de oportunidad incrementó las tutelas por solicitudes POS en el régimen subsidiado. El 86,5% de las solicitudes por tratamientos está incluido dentro del POS El 28,2% de medicamentos tutelados hace parte del POS. Los más solicitados son la vacuna del neumococo, el oxígeno, la carbamazepina y el metrotexate.

El 87,7% de las cirugías solicitadas por tutela hacen parte del POS, las cirugías POS más solicitadas en ambos regímenes son cataratas, reemplazos articulares y el by pass gástrico. Este último está excluido del POS subsidiado.

Según la Encuesta de Calidad de Vida las EPS dejan de entregar una alta proporción de los medicamentos prescritos por sus médicos. En el caso del régimen contributivo no entregaban el 25,6% y el el subsidiado el 32,4%<sup>3</sup>

- Según la evaluación de las EPS realizada por la Defensoría del Pueblo para el año 2009, revela que los tiempos de atención en urgencias, realización de exámenes de

---

<sup>3</sup> Zambrano A., Ramírez M., Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. (2008) ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):122-130,en,

laboratorio y citas con especialistas no cumplen con los estándares establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud en Circular 056 de 2009. En el régimen contributivo, por ejemplo, el 40% de las EPS presentan un tiempo promedio de atención a urgencias de 77 minutos, muy superior a lo establecido por la circular 056 de 2009.

El 44,3% de las personas encuestadas revelan que nunca o casi nunca han sido informadas respecto de los servicios de salud a los que tienen derecho

El 43,7% de los afiliados manifiestan que la EPS a la cual pertenecen no les da la suficiente información sobre la red de prestadores que tienen contratada.

Entrega de Medicamentos: Según la encuesta de la defensoría del Pueblo, el 33,3% del total de los encuestados afirmó que dicha entrega fue fragmentada en varios días, parcial o nunca se realizó, de este total el 32,1% correspondió al régimen contributivo y el 34,2% al régimen subsidiado.

Oportunidad: Los resultados de la Encuesta, arrojan que la calificación más baja se presenta en Urgencias, realización de cirugías, medicina especializada, exámenes de laboratorio y odontología.

Falta de coordinación entre las EPS y la red de prestadores obliga a los usuarios a tener que asumir trámites administrativos que son propios de dichas instituciones

Deficientes sistemas de información o conectividad. no informan a los usuarios sobre el cambio de red de prestadores cuando los contratos se terminan o cuando la modalidad del contrato no incluye el servicio requerido.

Otro servicio mal calificado por los usuarios es la oportunidad en citas de medicina especializada, ocasionado en parte por la falta de profesionales en las regiones, lo que causa el desplazamiento a las capitales, donde se presenta represamiento y demora en su otorgamiento. Los usuarios también se quejan de que los médicos generales no los remiten a especialista

Respecto a la central de autorizaciones, la queja mayoritaria radica en la lejanía de ésta respecto a su lugar de residencia o de trabajo y más del 21% de los usuarios están insatisfechos con su ubicación

En relación con el servicio de urgencias, los usuarios manifiestan que los tiempos de atención son excesivos sometiendo a los pacientes a largas esperas.

- Para profundizar en el análisis, la Comisión de Seguimiento solicitó a 78 EPS del régimen contributivo y subsidiado, información de quejas y reclamos de sus usuarios. Del total de las 78 EPS, a corte 24 de enero de 2011 respondieron 17 EPS de las cuales tan solo 9 incluyeron en su respuesta informes sobre quejas o reclamos de parte de los usuarios. No obstante, con la información enviada no es posible realizar seguimiento y evaluación sobre quejas y reclamos que presentan los usuarios de los servicios de salud en las EPS por cuanto cada entidad tiene un modo diferente de presentar la información; en algunos casos se realiza de manera general que no es

posible determinar los detalles de la reclamación del usuario, y cuando se presentan los detalles, cada entidad utiliza categorías propias que hace imposible la consolidación de los informes para avanzar en una lectura general.

La presentación de la información es heterogénea va desde la generalidad donde se cruza el número de quejas y reclamos recibidos durante el mes, con el número de respuesta a los reclamos a informes muestran el detalle de la queja o reclamo.

Aunque no todas los informes de respuesta utilizan las mismas categorías, para ilustrar se identificó que para analizar la información recolectada las EPS utilizan las siguientes categorías generales:

CATEGORIA	No de informes que la utiliza
Queja	4
Reclamo	3
Sugerencia	3
Peticiones	1
Derecho de petición	1
Felicitación – agradecimiento	1

Los informes identifican otra clasificación más detallada del motivo que no relacionan con la anterior clasificación. Cada bloque corresponde a un informe

Actitud personal administrativo
Actitud personal médico
Conocimiento de la información
Desde la Supersalud
Instalaciones
Negación del servicio
Oportunidad en la atención
Organización administrativa
Oportunidad
Continuidad
Accesibilidad
Seguridad
Calidez en la atención
Capacidad resolutive
Demora en le servicio
Fallas en el sistema
Fallas en el sistema de información
Acceso
Oportunidad
Calidad humana
Suficiencia
Disponibilidad
Percepción de Resultado
Tiempos de Espera
Cumplimiento Plazos, Fechas y Programaciones
Actitud de Servicio
Facilidad de Trámites y Requisitos
Claridad, Precisión y Suficiencia de Información
Compleitud y Continuidad
Acceso a canales de información
Claridad, Precisión y Suficiencia de Información

Facilidad de Trámites y Requisitos
Tiempos de Espera
Consistencia de Registros en Bases de Datos
Actitud de Servicio
Acceso a canales de información
Valor de Sanciones y Pago por Incumplimiento
Cumplimiento Plazos, Fechas y Programaciones
Devolución de Dinero
Actualización y Oportunidad de Entrega de Información
Disponibilidad
ARS- Limitaciones en el acceso
ARS-Falta de información (oportunidad, suficiencia,
ARS-Negación o rechazo de solicitud de servicios
ARS-Trato y actitud de servicio
IPS-Accesibilidad
IPS-Actitud de servicio
IPS-Comodidad de las instalaciones
IPS-Falta de información
IPS-Horarios de atención
IPS-Seguridad de la atención
IPS-Tiempo de respuesta en la atención
Promoción y prevención
Asignación citas
Cobro indebido
Accesibilidad y oportunidad
Mala atención administrativa
Oportunidad en la atención

Además de la anterior clasificación algunos informes realizan un cruce entre la queja o reclamo y el servicio objeto de esta. Se encuentran categorías generales que distinguen entre prestador y asegurador o IPS y EPS y otras más detalladas que se presentan en el siguiente cuadro:

<b>Servicio objeto del reclamo</b>
Medicamento NO POS-S
Medicamento POS-S
Procedimiento NO POS-S
Procedimiento POS-S
Suministros
ARS - acreditación de derechos
ARS - autorizaciones
IPS - asignación de citas
IPS - ayudas diagnósticas
IPS - consulta externa
IPS - medicamentos
IPS - medicina especializada
IPS - servicio de hospitalización
IPS - servicio de odontología general
IPS - servicio de urgencias
Servicios No POS

Autorizaciones referencia y contrarreferencia NO POS S
Consulta Profesional Suba
Consulta Profesional Calle 26
Consulta Profesional Kennedy
Consulta Profesional Suroriente
Consulta Profesional Calle 42
Consulta Profesional Fontibòn
Consulta Profesional Calle 94
Servicios De Salud Oral
Consulta Profesional Calle 67
Ap. Terapèutico Kennedy
Prestaciòn Servicios Suba
Ap. Terapèutico Calle 26
Tratamiento
Ap. Terapèutico Calle 94
Ap. Diagnòstico Calle 26
Prestaciòn Servicios Kennedy
Prestaciòn Servicios Calle 26

En algunos informes se mencionan los medios a través de los cuales se recolecta la información de quejas y reclamos tenemos los siguientes:

- ✓ Buzón de comentarios
- ✓ Carta/Fax
- ✓ Llamada central
- ✓ Pagina Web
- ✓ Carta/fax – fax EPS-S prioritario
- ✓ Email – email EPS

## b) La mirada diferencial

- **Desde los pacientes VIH<sup>4</sup>.** Para demostrar las fallas estructurales en la prestación de los servicios de salud a los pacientes VIH, se han tomado como referencia dos investigaciones doctorales, que hacen estudios de caso:
  - MONICA MARIA LOPERA Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macrosociales del contexto
  - MARCELA ARRIVILLAGA QUINTRO. PERSPECTIVA SOCIAL DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN MUJERES CON VIH/SIDA. 2009

---

4 . Ver. Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macrosociales del contexto. Tesis Doctoral Universidad Nacional de Colombia. Doctorado interfacultades en salud pública. Mónica María Lopera Medina.2009.

La investigación realizada por Mónica Lopera, revela que la prestación del servicio de Salud a los pacientes VIH, no se presta en condiciones de oportunidad, calidad y mucho menos se atiende al principio de integralidad, en general esta investigación evidencia que los distintos servicios se prestan en sitios diferentes y la negación sistemática de los servicios de salud. El análisis evidenció la falta de oportunidad en el diagnóstico, las desafiliaciones intermitentes y los cambios de EPS e IPS, las demoras en la asignación de las citas y la forma muchas veces inhumana en que se relaciona el personal administrativo y asistencial con los participantes y sus familias. Los problemas de acceso al tratamiento, así como el alto número de visitas que deben realizar los pacientes para obtener atención.

Por su parte, la investigación de Marcela Arrivillaga, reveló que las mujeres parte de la investigación, expresaron sus problemáticas en el acceso estable y continuo al tratamiento, debidas entre otras, a regulaciones de las EPS relacionadas con periodos mínimos de cotización en el régimen contributivo y con procesos de selección adversa por parte de las aseguradoras, que obstaculizan el traslado cuando ya están diagnosticadas con VIH/SIDA.

Algunos datos reveladores se presentan a continuación:

- El 58% de los encuestados han tenido que suspender sus tratamientos, por problemas en el suministro de los medicamentos por parte de la IPS que les presta el servicio y por el cansancio que representa los trámites con las IPS. “Cuando se indagó por las causas que motivaban la suspensión de los medicamentos, el 48% afirmó que ha tenido problemas con el suministro por parte de las IPS donde han recibido atención y el 55% refirió motivos personales entre los que se encuentran principalmente el olvido (42%), la consternación o el cansancio que representan los trámites con las IPS (24%), el cambio del tratamiento alopático a la medicinas naturales (3%) y la suspensión de medicamentos por creencias religiosas (2%)”<sup>5</sup>.
- Esta misma investigación revela que las IPS niegan los servicios por problemas de pagos por parte de las secretarías de salud o las instituciones administradoras contratantes.
  - En algunas IPS la atención queda supeditada a la firma de pagarés
  - La atención suele ser fragmentada e individual. Los miembros de la familia son atendidos en diferentes instituciones y en raras ocasiones se ofrece soporte psicológico o de acompañamiento a los miembros de la familia.
  - Es evidente la desarticulación de las instituciones de salud con otras redes sociales, de tal forma que se produce duplicidad de las funciones o se desconocen los recursos sociales para brindar una atención integral.
  - La condición de morbilidad o discapacidad, se debe a las fallas en la calidad y la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento.
  - Algunos participantes pusieron en evidencia prácticas discriminatorias por parte del personal administrativo o asistencial.
  - Esta investigación evidencia que a pesar de las situaciones económicas precarias que impiden a los sujetos mejorar su alimentación y con ello mejorar su condición de salud, los productos alimenticios complementarios son en muchos casos relegados de la atención.
- El 11% de las personas encuestadas reportaron tener niños menores de 18 años con VIH

infectados por transmisión perinatal. Estos datos estarían sugiriendo importantes problemas de acceso relacionados con la atención prenatal.

Relacionado con el tema de mujeres y VIH, los resultados de la investigación demostraron que las mujeres afiliadas al Régimen subsidiado son generalmente atendidas en hospitales públicos con planes de beneficio limitados, y mujeres en categoría “Vinculados” permanecen en listas de espera antes de acceder al tratamiento en estos centros de salud, con serios problemas de acceso y calidad del cuidado. Ambos grupos tienen posibilidades muy limitadas de participar en programas de atención integral, a pesar de la reglamentación existente en Colombia, se enfrentan con obstáculos impuestos por la tramitología y la fragmentación de los servicios; se ven expuestas a la rotación por distintos centros de salud, lo que dificulta mantener un médico tratante; y no perciben confianza en los médicos que las atienden.

- **Desde la población en situación de discapacidad**

Según el estudio Discapacidades y diversidades “Solamente el 72,7% de las personas con discapacidad registradas, están afiliadas al Sistema de salud. Cifra que deja por fuera a 244.098 personas, el 29,2% de los hombres y el 25,7% de las mujeres; estas son personas en una mayor situación de vulnerabilidad respecto al total de la población.”<sup>6</sup>

Las principales razones que impiden el acceso de la población discapacitada a los servicios de salud están a) la falta de un diagnóstico oportuno: El 37% del total de la población en situación de discapacidad afirma que su condición no fue oportunamente diagnosticada, El contar con un diagnóstico oportuno determina las posibilidades de rehabilitación y de inclusión de las personas en situación de discapacidad. Los datos evidencian que un significativo grupo de personas no posee diagnóstico oportuno sobre su condición, aumentando la brecha del acceso a los servicios a que tiene derecho<sup>7</sup>. b) la falta de dinero para desplazarse al sitio de atención: Según el estudio mencionado se dieron ordenes de rehabilitación a 698.502 personas y de estas el 63,1% manifiestan que la falta de dinero asociado a las distancias en las que se encuentran ubicados los servicios, la necesidad de movilizarse con un acompañante, la inaccesibilidad de la planta física de los servicios les impide acceder a la atención en salud que requieren. c) Falta de ayuda técnica (ayudas especiales, prótesis y medicamentos permanentes.), el 36% del total de población en situación de discapacidad registrada reporta no haberla recibido.

## **Niñez – discapacidad (a diciembre 2010)**

Según el registro de caracterización de la población discapacitada del DANE, Colombia reporta a diciembre de 2010 un total de 163.619 menores de 18 años en condición de discapacidad lo cual representa el 16,9% de las personas registradas, el 56,2% son hombres. El 8,5% pertenece a diferentes grupos étnicos, el 28.1% vive en la zona rural, el 82,3% se encuentran en situación de pobreza (estratos 1 – 2).

La población infantil con discapacidad experimenta las siguientes barreras en el acceso a los

---

<sup>6</sup> MORENO, M. Rubio, S.X y ANGARITA (2010). DISCAPACIDADES Y DIVERSIDADES. *Ministerio de la Protección Social e Instituto de Desarrollo Humano*

<sup>7</sup> Discapacidad y exclusión social en Colombia. El caso de salud: una mirada desde la información estadística del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Clara Inés González de Bohórquez. Proyecto de Investigación presentado como requisito para obtener el título de Magíster en Discapacidad e Inclusión Social.

servicios de salud:

De un total 7.971 niños con discapacidad habitan en viviendas que carecen de servicios públicos domiciliarios, el 35,4% de los menores no dispone de agua potable en sus viviendas. 899 niños viven solos. El 88,2% no reciben ningún tipo de servicio por parte del ICBF, el 80,2% no es beneficiario de ningún tipo de programa de apoyo en sus municipios.

De manera significativa se reporta que el 29,7% percibe barreras físicas para acceder a las instalaciones de centros de salud y hospitales, lo cual les impide iniciar el trámite para acceder a la atención.

En el censo se identificó que la causa principal de la condición de discapacidad se debe a; 13,5% complicaciones de la madre durante el embarazo, 7,2% complicaciones en el parto, 14,9% enfermedad general, 15,3% alteraciones genéticas - hereditarias, y el 38,5% desconoce la causa por que no tiene un diagnóstico claro y por lo tanto no accede a un tratamiento y en consecuencia no está en proceso de rehabilitación. El acceso a un diagnóstico oportuno y pertinente es uno de los aspectos más críticos que afecta la calidad de vida y la atención idónea para la población infantil.

En total 2.154 niños declaran como la causa de su discapacidad las dificultades en la prestación de servicios de salud, en tanto al no ser atendidos, sus síntomas se exacerban y se deteriora su estado de salud general, incrementando significativamente la discapacidad. De estos el 27,5% a atención médica inoportuna; el 12,9% equivocaciones en el diagnóstico; 15,2% formulación o aplicación equivocada de medicamentos; el 33,9% a deficiencias en la prestación de los servicios.

Del total de 163.619 menores de 18 años en condición de discapacidad , el 26,3% no están afiliados a salud (42.961 niños); El 16,7% pertenecen al régimen contributivo, el 54,3% al subsidiado. Al 33,7% de todos estos niños con discapacidad no se les diagnosticó oportunamente.

El 46,3% reporta que no se les ha orientado sobre el manejo de su discapacidad, y de estos el 28,0% no ha recibido atención en salud en el último año.

A un total de 97.615 niños (59,7%) les ordenaron utilizar ayudas técnicas especiales, prótesis o medicamentos permanentes. A pesar de ello 29.554 niños no las utiliza (30,2%) y de estos solo 25.175 cree que las necesita (85,1%). El resto no tiene claridad de cómo usar estos apoyos, o no puede usarlos por dificultades en su funcionamiento (no conocen mecanismos de uso) o mantenimiento (no tiene dinero para las baterías de los equipos).

El 46,7% de los niños con discapacidad registrados (76.415) requieren el apoyo permanente de otra persona para desarrollar sus actividades cotidianas, esto implica una condición de dependencia total de un cuidador; el 88,7% es cuidado por un miembro de su hogar.

Un total de 112.551 niños con discapacidad registrados (68,8%) considera que no se está recuperando de su discapacidad y que el proceso de rehabilitación no le genera evolución positiva.

De los 50.782 que perciben recuperación de su condición, solo el 41,2% cree que se debe a



los servicios de salud y rehabilitación recibidos (20.951).

Del total de niños con discapacidad atendidos, solo al 78,2% les ordenaron procesos de rehabilitación. El 55,8% de los niños registrados a quienes les ordenaron rehabilitación no estaban asistiendo al servicio. Se aduce falta de dinero para los costos adicionales a la asistencia al servicio de salud (transportes, alimentación durante el desplazamiento, hospedaje) es la causa para que el 65,5% de las personas no reciba servicios de rehabilitación.

Los costos del servicio de rehabilitación fueron cubiertos por el SSGS solamente para un 59,9% de los casos.

Finalmente, con relación al conocimiento de la oferta de servicios de salud y rehabilitación, el 47,7% de los niños con discapacidad registrada o sus familiares no saben si en sus municipios existen servicios de rehabilitación.

## Conclusión Final

Frente a la evidencia, aunque luego de la promulgación de la Sentencia T-760 de 2008, algunos de los indicadores muestran leves mejorías en la prestación del servicio de salud en Colombia<sup>8</sup>, los indicadores de oportunidad, calidad, continuidad e integralidad están lejos de cumplir los mandatos constitucionales relacionados con el derecho, y no significan otra cosa que la persistencia de problemas estructurales que perpetúan el deterioro en la prestación del servicio de salud, en mayor medida en el régimen subsidiado<sup>9</sup> pero también característico del régimen contributivo. Esta evidencia es aún más grave si los análisis pasan del contexto global nacional a especificar en la situación de personas con VIH, personas en situación de discapacidad, niños y niñas etc..

Es importante, precisar que no existe un sistema de información consolidado que permita hacer seguimiento a los indicadores de oportunidad, calidad, continuidad e integralidad. Lo cual además también parte de la información que compilan las EPS, la cual según logramos constatar con la respuesta que a la Comisión dieron 17 EPS, no es posible determinar que acciones se tomaron para atender las reclamaciones o quejas de los usuarios, ni verificar si estas son reiterativas en el tiempo.

No hay un sistema consolidado de información que permita a todas las entidades del sector salud diligenciar la información relevante y significativa que conduzca a establecer si las reclamaciones que realizan los usuarios de la salud son atendidas adecuadamente y en el contexto de garantía de derechos.

---

8 Ver. Evaluación de las EPS 2009. Defensoría del Pueblo.

9 Francisco J. Yepes, Manuel Ramírez, Luz Helena Sánchez, Marta Lucía Ramírez, Iván Jaramillo: **Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia Ley 100 de 1993. Asociación Colombiana de la Salud. Facultad de Economía, U. del Rosario. IDRC. Bogotá. Marzo de 2010. Editorial Mayol**

## ***¿cuáles son los factores que, en mayor medida, obstaculizan la obtención de los servicios de salud en los términos descritos?***

(1) **El principal problema es olvidar una visión integral de la salud desde una perspectiva multifactorial y multisectorial.** El actual modelo de mercado de aseguramiento, con competencia regulada y subsidio a la demanda de los pobres, no ha logrado garantizar el derecho a la atención y menos aún, contribuir al derecho fundamental a la salud. Por el contrario, se ha convertido en una intermediación innecesaria y costosa, orientada por la búsqueda de renta por parte de muchos actores, que no aporta valor agregado a la atención en salud, concentra recursos del sistema en pocos actores y desvía elevados porcentajes de dichos recursos a fines distintos del bienestar individual y colectivo. La conversión de la salud en un objeto de concentración de rentas estimula la corrupción en todos los niveles del sistema.

Los problemas del actual sistema, adjudicados de manera equivocada al mal comportamiento de médicos, pacientes y jueces por parte del anterior gobierno para declarar la emergencia social, no sólo no están resueltos sino que continúan agravándose día a día. Las falencias estructurales, formales y de funcionamiento identificadas por los organismos de control, por la Corte Constitucional, por la academia y por distintas organizaciones de la sociedad civil deben ser tenidas en cuenta a la hora de proponer soluciones que permitan superar la situación actual. Entre los problemas más relevantes están los deficientes resultados en salud en contraste con el incremento de los recursos disponibles<sup>10</sup>, la inequidad demostrada en el acceso<sup>11,12</sup> y en la situación de salud de grupos sociales y regiones del país<sup>13</sup>, el deterioro de la red hospitalaria pública, la precarización del trabajo en salud y la desprotección en materia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Sería un error pretender o desconocer la magnitud del problema y darle soluciones puntuales o sintomáticas.

## **(2) La baja capacidad instalada en salud pública en los entes territoriales de salud**<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Gómez Rubén Darío. (2006) La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria.

Colombia 1985-200. Medellín. Universidad de Antioquia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.

<sup>11</sup> Zambrano A., Ramírez M., Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. (2008) ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):122-130, en,

<sup>12</sup> Vecino - Ortiz Andrés I. (2008) Determinants of demand for antenatal care in Colombia, Health Policy. doi:10.1016/j.healthpol.2007.12.002

<sup>13</sup> Flórez Carmen Elisa; Soto Victoria Eugenia; Acosta Olga Lucia; Karl Claudio; Misas Juan Diego; Forero Nohora; Lopera Carolina. (2007). Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá. Fundación Corona.

<sup>14</sup> Ver Francisco J. Yepes, Manuel Ramírez, Luz Helena Sánchez, Marta Lucía Ramírez, Iván Jaramillo: **Luces y sombras de la reforma de**

Varios investigadores han documentado el deterioro de la capacidad instalada de los entes territoriales para el cumplimiento de las labores de salud pública. Este deterioro se inició a partir de la descentralización y se agudizó con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993) y ha implicado la pérdida de recurso humano calificado, el nombramiento de recurso humano no calificado, el cierre de programas, la fragmentación de la prestación de los servicios.

### (3) Deterioro de las capacidades de salud pública de los entes territoriales

La presión por la facturación de servicios y la producción de rendimientos económicos induce la práctica de controles de costos como el establecimiento de cuotas para procedimientos diagnósticos y medicamentos a prescribir, e incentivos positivos y negativos para los médicos, según se ciñan ó no a las cuotas establecidas, con detrimento de la calidad de la atención, e inclusive a la alteración de la veracidad de la historia clínica. Esta situación genera serios dilemas éticos para la práctica profesional y conduce a la prestación de un servicio de mala calidad.

(4) Alto fraccionamiento de la atención

(5) Falta de rectoría

(6) El deficiente sistema de información

(7) La tramitomanía: los excesivos controles de las EPS para autorizar servicios, la fragmentación de la responsabilidad frente al pago, las trabas en contratación y la transferencia del riesgo financiero a los prestadores.

## ***1.2 La normatividad expedida por el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, ¿ha sido suficiente para incentivar la prestación de los servicios de salud incluidos en los planes de beneficios y aquellos que se requieren con necesidad, así como para desincentivar su negación?***

### **Planteamientos**

Luego de la promulgación de la Ley 1122, que entre sus principales disposiciones ordenaba implementar un sistema de evaluación por resultados, desmontaba el Consejo Nacional de Seguridad Social para reemplazarlo por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), aumentaba el porcentaje de cotización en el régimen contributivo, creaba la figura de subsidios parciales en el régimen subsidiado, ordenaba la formulación de Planes Territoriales de Salud Pública y asignaba funciones jurisdiccionales a la Superintendencia Nacional de Salud. Luego de promulgada la Ley 1122, el sistema de evaluación por resultados no se ha implementado a la fecha, la CRES, que empezó a funcionar el 3 de junio de 2009, hoy es una entidad burocrática con importantes debilidades técnicas, el aumento de cotizaciones no solucionó los problemas de inviabilidad financiera del sistema y los subsidios parciales terminaron fragmentando aún mas la noción de ciudadanía sustantiva y derecho a la salud,

en lo relativo a servicios asistenciales.

**La Ley 1438 del 9 de enero de 2011.** . La cual fue aprobada por el Congreso de la República y sancionada el 19 de enero de 2011 por el Presidente de la República. Esta Ley, profundiza un modelo de aseguramiento que resulta funcional a un esquema mercantilista de la salud y en el cual el Derecho a la Salud se ve seriamente amenazado. Entre muchos problemas detectados después del análisis de la Ley aprobada, la CSR, resalta los siguientes: a) resulta nuevamente incierta y postergada hasta mediados de 2014 la unificación de planes de beneficios ordenada por la Corte Constitucional. b) La supuesta portabilidad de la afiliación tampoco está viabilizada, y se posterga hasta finales de 2013. c) Se profundiza la limitación del derecho a un plan de beneficios, sin garantizar los recursos para cubrir aquellas necesidades no cubiertas. Por el contrario, las personas con alguna capacidad de pago se verán obligados a comprar los denominados “Planes Voluntarios de Salud”, para completar su atención, mientras que no se sabe aún quién pagará estos servicios para la población pobre. Todo esto, en función del criterio de “sostenibilidad fiscal” que pretende llevarse a principio constitucional para la inversión pública, y de “equilibrio de la unidad de capitación”, que garantiza las utilidades a las aseguradoras. Esto implica aceptar que el negocio esté por encima de la vida de las personas.

**El principio Constitucional de la Sostenibilidad Fiscal:** Este proyecto de reforma constitucional significa subordinar la garantía de los derechos sociales a las metas macroeconómicas, limita el alcance de quien hasta ahora ha sido su único garante: la Corte Constitucional y de la tutela como mecanismo directo de la ciudadanía para su exigibilidad. El proyecto de acto legislativo radicado el 20 de julio de 2010, y cuyo propósito es modificar la Constitución Política de Colombia para dejar en ella explícito el derecho a la estabilidad fiscal, argumentando que para garantizar los fines del Estado Social y Democrático de derecho se requiere que la sostenibilidad fiscal sea un derecho de todos y todas por lo cual propone modificaciones a los artículos 334, 339 y 346 de la Constitución. La propuesta de la estabilidad fiscal como un derecho o como un principio orientador, de obligatorio cumplimiento el primero o de colaboración armónica el segundo, derivará en una permanente incoherencia entre el cuerpo dogmático de la Constitución: una colisión entre derechos, en la que finalmente uno de los dos (sostenibilidad fiscal como derecho o principio vs. derechos sociales) terminará por supeditar al otro. En otras palabras, de aprobarse este acto legislativo, ya no serían posibles sentencias como la de salud o la de los derechos de la población en situación de desplazamiento.

## **Conclusión final**

En la actualidad la normatividad expedida por la institucionalidad relacionada con la Salud y el Sistema de Protección Social, no ha tenido impactos positivos reales sobre la prestación de los servicios de Salud, la evidencia se refleja en la persistencia de fallas en la prestación del servicio mencionadas en los apartados anteriores, y en la intervención de la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008.

Esta situación, se ve agravada hoy, con una serie de iniciativas legislativas propuestas por el gobierno nacional que hoy se están tramitando en el Congreso de la República y que

profundizan los problemas estructurales del sistema.

***1.3. ¿Qué mecanismos o ajustes, diferentes a los contemplados en la normatividad actual, propone para asegurar el acceso oportuno y efectivo de las personas a los servicios de salud incluidos en el POS o POS-S, así como aquellos que se requieran con necesidad y que no están contemplados dentro del plan de beneficios del régimen al cual se encuentran afiliadas? y ¿qué herramientas son necesarias para desincentivar la negación de los servicios de salud en los términos antedichos y para evitar las prácticas irregulares o abusivas?***

Para la CSR, tal y como lo ha expresado en su carta de Principios, el País debe avanzar democráticamente en la construcción de una reforma estructural del sistema de salud y seguridad social que permita garantizar el derecho fundamental a la salud, en el sentido amplio antes planteado. Esto implica el desarrollo de una política pública nacional de salud y bienestar social, articulada a otras políticas económicas, sociales y ambientales, que incorpore un nuevo sistema de salud y seguridad social universal, integral, solidario, accesible, diverso, de calidad y con enfoque de equidad, esto es, capaz de identificar las diferencias y superar las desigualdades injustas, según territorios, clase social, género, etnia, generación y discapacidad.

1. En su componente de atención en salud, el nuevo sistema requiere una reestructuración financiera en cuanto al origen, la distribución y el manejo de los recursos económicos disponibles, de manera que se puedan lograr los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia social. Los actuales recursos podrían ser suficientes si no predomina la rentabilidad de los agentes y si se modifica, de manera estructural, el modelo de organización y utilización de los mismos. Es posible conformar un Fondo Público Único, en el cual confluyan los aportes de trabajadores y empleadores con los impuestos generales de destinación específica, con subcuentas específicas para garantizar derechos y resolver exigencias financieras complejas, como las enfermedades de alto costo, que no pueden ser vistas como un lujo de un grupo minoritario. El Fondo debe tener asignación y administración territorial, capaz de responder a la diversidad humana y superar inequidades. Pero es necesario orientar el gasto hacia la garantía del derecho fundamental a la salud y no al lucro de los agentes. Existen experiencias exitosas y consolidadas en este sentido en otros países.
2. Un nuevo sistema de salud debe incorporar una reorganización estratégica del modelo de atención que permita hacer efectivos los principios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad y equidad. Debe integrar los servicios preventivos con los curativos, la promoción de la salud y la salud ambiental, en una organización de los servicios reorientada por la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, la conformación de redes de servicios, la atención de urgencias y la participación social efectiva. En este nuevo modelo, es una prioridad el rescate y fortalecimiento de la red pública hospitalaria.
3. El interés superior de la salud de la población debe primar sobre los intereses económicos de las empresas que participan en la producción y distribución de los

insumos y recursos científico-tecnológicos requeridos por el sector, tales como la industria aseguradora comercial, la industria farmacéutica, la informática y la tecnología biomédica.

4. La investigación científica es esencial para la mejor comprensión de los problemas de salud, para la producción de las pautas y tecnologías requeridas y para superar la dependencia científico-técnica. El nuevo sistema debe estimular eficazmente la investigación y la producción nacional en estos campos y regular su mercado, superando las limitaciones del modelo de investigación e innovación atado a la propiedad intelectual, en especial, de la industria farmacéutica.
5. La garantía del derecho a la salud implica una política de formación del personal técnico, administrativo, profesional y especializado para el sector, acompañada de una política laboral que garantice el trabajo digno, el ejercicio de la autonomía profesional y el compromiso ético de los trabajadores de la salud con las necesidades diferenciales de atención integral en salud de la población.
6. La atención de la salud, aún en el campo particular del diagnóstico y tratamiento médicos, no se puede restringir a protocolos inamovibles de procedimientos, condicionados a paquetes de servicios y tiempos de atención económicamente rentables. La diversidad humana y la evolución diferente de una misma enfermedad en distintas personas requieren flexibilidad, comprensión de las especificidades que definen el buen éxito del proceso de atención y posibilidad de elegir las mejores opciones para el paciente, todo dentro de una relación intersubjetiva que no se reduce a un encuentro mecánico con rígido control de tiempo.

***¿Qué criterios, estándares o indicadores y qué herramientas de medición de indicadores o fórmulas, judicialmente aplicables, pueden ser considerados por la Corte Constitucional para valorar el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, continuidad, eficacia y calidad y de acuerdo con el principio de integralidad?***

El primer aspecto que la CSR recomienda a la Honorable Corte Constitucional tiene que ver con trascender los análisis, pasar de mediciones de acceso al servicio por indicadores de goce efectivo del derecho a la salud, desde un enfoque global de salud pública atendiendo a condiciones internacionalmente aceptadas de accesibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad, planificación y financiación, de manera democrática, participativa y descentralizada.. Esto significa, asumir la salud referida al mejor desarrollo de las potencialidades y capacidades humanas y al acceso a los servicios y riquezas que la sociedad ha acumulado para hacer posible el bienestar, el buen vivir y la calidad de vida de los seres humanos.

Promover la realización de una Encuesta de Verificación del goce efectivo del derecho a la salud con enfoques diferenciales que reconozcan las necesidades diversas derivadas del género, las etnias, las culturas, las generaciones y las situaciones de discapacidad, en una perspectiva de equidad e inclusión social. Como mínimo, la construcción de indicadores a ser verificables se deben como mínimo tener en cuenta las recomendaciones realizadas desde el derecho internacional y expresadas en la Observación General No. 14 de los DESC, que fija como estándares:

- Disponibilidad. Los Estados deben crear toda la infraestructura de salud necesaria en todo su territorio. Esta infraestructura debe contar con agua, electricidad, personal capacitado y todos los medicamentos necesarios.
- Accesibilidad. La infraestructura y los servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación. Esto incluye: 1) Accesibilidad física. Los centros de salud deben estar ubicados cerca de todas las comunidades. 2) Accesibilidad económica. Todas las personas deben tener acceso al nivel más alto posible de servicios de salud independientemente de sus ingresos. 3) Las personas también deben tener acceso a información pertinente sobre los problemas de la salud.
- Aceptabilidad. La infraestructura de salud debe estar de acuerdo con la cultura y las prácticas de las comunidades a las que atiende.
- Calidad. La infraestructura de salud debe ser científica y médicamente apropiada, contando con todos los equipos y el personal necesario, y con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Tal como lo expreso la CSR, en la primer respuesta a la Honorable Corte Constitucional<sup>15</sup>, El cubrimiento territorial es uno de los muchos asuntos mal verificados por parte del MPS, y que implica contar con la red de servicios, con suficiente capacidad resolutive lo más cerca del lugar de residencia o de trabajo de las personas, asunto sistemáticamente violado por las EPS. Pero para esto, se requiere información detallada sobre lugares de residencia y primer punto de atención dispuesto por las EPS, información actualmente no disponible.

En esta línea, la CSR, sugiere trabajar con la Encuesta anual que realiza la Defensoría del Pueblo y ampliar el formulario que actualmente aplica, de cara a contar con mediciones de goce efectivo del derecho a la salud, así como, promover la unificación de los formularios y esquemas de seguimiento que realizan actualmente las EPS, en aras de contar con informes periódicos y estandarizados que permitan realizar los análisis y formular recomendaciones pertinentes.

La CSR, y teniendo en cuenta que la verificación solicitada esta estrechamente ligada con los indicadores de ranking de EPS e IPS, de los que se da cuenta en el primer informe a la Honorable Corte Constitucional, la CSR recomienda, convocar al MPS, a la SNS, a la propia Comisión y a los demás actores que considere pertinentes, a unas audiencias técnicas que permitan construir y seleccionar, en primera instancia, las variables e indicadores nacionales sobre la garantía del derecho la salud de los colombianos y colombianas, con un enfoque diferencial y territorial, que sirvan de marco a la construcción de variables para valorar la prestación del servicio por parte de las entidades administradoras y prestadoras.

---

<sup>15</sup> COMISION DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T760/2008 Y DE REFORMA ESTRUCTURAL A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL (CSR). PRIMER INFORME A LA CORTE CONSTITUCIONAL.

Interrogantes relacionados con la orden 20. Ranking de EPS e IPS por vulneración del derecho a la salud, y con la orden 32. Divulgación de la sentencia. Diciembre de 2010.

## **II. Interrogantes relacionados con las órdenes 17 y 18. Actualización de los planes de beneficios:**

***¿Cuál fue la participación de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud en la actualización de los planes de beneficios? Los mecanismos adoptados en este proceso, ¿fueron/son suficientes y aptos para garantizar la participación real y efectiva de dichas agrupaciones?***

### **Planteamientos**

La consulta para la actualización de los planes de beneficios realizada por la CRES, contó con dos escenarios para su realización el primero, dos jornadas presenciales una con usuarios del sistema y otra con representantes de la Comunidad médica; el segundo, una consulta virtual a través de la página WEB [www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co). En ambos casos, las cifras proporcionadas por la CRES, hablan de una participación de 60 personas representantes de asociaciones de usuarios del servicio de salud y 40 representantes de organizaciones de la comunidad médica. Para el caso de la consulta virtual, el número de participantes fue de 3400 hombres y mujeres<sup>16</sup>.

Los procesos de participación ciudadana, aunque políticos en el marco de la cogestión en la política pública, legitimidad real social y profundización de la democracia, no carecen de procedimientos y mínimos de orden técnico que permitan el logro de los objetivos propuestos en cada uno de los momentos y fases de la participación. En este sentido, un proceso participativo debe partir por establecer los niveles de representatividad sectorial, poblacional, etc, la población objetivo, los alcances geográficos, que para el caso de la consulta realizada por la CRES no fueron establecidos. Sin ellos cualquier metodología para el desarrollo del proceso participativo es insuficiente para garantizar la participación efectiva de las diversas expresiones de la sociedad.

Al respecto, según los resultados, la participación de la Comunidad Médica y representantes de organizaciones de usuarios en el escenario presencial carece de referente para establecer la representatividad de los 100 participantes que señala el informe de la CRES.

---

<sup>16</sup> Ver los siguientes documentos: 1. “qué quieren y qué no quieren los colombianos en el POS” agosto 28 de 2009. 2. Resultados finales de la Consulta Ciudadana Virtual. Agosto de 2009 y 3. Resultados de las primeras consultas presenciales con los usuarios y la comunidad médica para la definición de criterios y características que deben orientar las decisiones de actualización y precisión de los contenidos del POS”. Estos tres documentos se encuentran en: <http://www.pos.gov.co/>



## CONCLUSION

No obstante, aun sin contar con este referente, los resultados de la participación permiten concluir sin ninguna duda que la participación de la comunidad médica, las organizaciones de usuarios y la ciudadanía en general fue nominal, consultiva, y sin representatividad frente al universo y a la diversidad poblacional, territorial y organizacional existente en el país; al respecto cabe mencionar que establecer unos mínimos técnicos permite establecer una población objetivo y acorde con ello diseñar la metodología y escenarios de participación adecuados que permitan la participación efectiva.

Los argumentos que sustentan esta afirmación son los siguientes:

1. La mayor parte de los participantes en el escenario presencial son de Bogotá y en el escenario virtual son de Bogotá, Santander y Valle. La actualización de los planes de beneficios incide sobre el conjunto del país, por lo tanto la consulta se debió garantizar un mínimo de representatividad de los demás departamentos Colombianos
2. Derivado de lo resultados de la participación, se deduce que la participación es en gran proporción urbana dejando por fuera la expresión rural, que entre otras significaría en el proceso de convocatoria contar con organizaciones campesinas y rurales, así como con representantes de la comunidad médica rural.
3. La participación virtual, arrojó como resultado una gran participación de afiliados al régimen contributivo mientras que la participación del subsidiado fue tan solo de %. Como mínimo la consulta debió garantizar mecanismos que recogieran las propuestas de ambos regimenes, que por demás, sus realidades y urgencias frente al POS difieren una de la otra.

Una consulta, debe por lo menos contemplar los siguientes aspectos:

- Se debe partir por la realización de un Mapa de los actores relevantes, con representación sectorial, geográfica y poblacional, en aras de establecer la representación, alcances y cobertura de la consulta
- Debe combinar formas de consulta presencial y virtual. Agotar la consulta en el método virtual deja por fuera gran parte de los actores. El MPS cuenta con la infraestructura territorial para realizar escenarios presenciales para la realización de las Consultas y garantizar la representatividad de los diversos actores que confluyen en los territorios
- Debe hacer procesos de divulgación y sensibilización masivos de la consulta
- Los procesos de convocatoria, deben atender a la garantía de un mínimo de representatividad sectorial, geográfica y poblacional.

***El proceso de actualización de los planes de beneficios, ¿atendió las condiciones de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud? El valor de la UPC, ¿soporta la prestación oportuna, efectiva e integral de los servicios de salud contenidos en los planes?***

## **Planteamientos**

Para cumplir con las Ordenes impartidas por la Corte Constitucional<sup>17</sup>, en relación con la actualización de los planes de beneficios, el Ministerio de la Protección Social, presentó a mediados de 2009 a la CRES, una propuesta de actualización Integral de los Planes Obligatorios de Salud. Esta propuesta contenía homologación de las actividades, intervenciones y procedimientos del POS a la Clasificación Única de Procedimientos de Salud – CUPS, clasificación de las actividades, intervenciones y procedimientos de la nota técnica del POS, con la participación y consenso de las sociedades científicas sobre los procedimientos POS y No-POS, entre otros. Esta propuesta fue acogida por la CRES convirtiéndola en el acuerdo 003 del 30 de julio de 2009, el cual fue derogado por el acuerdo 008 de 2010.

A partir de la publicación del acuerdo 003, la CRES suscribe un Convenio Interinstitucional con la Universidad Nacional de Colombia-Grupo de Protección Social, adscrito al Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Facultad de Economía, para realizar la compilación de información y observaciones relacionadas con el Acuerdo 003 de 2009, realizar el análisis y validaciones de las observaciones recibidas por la CRES al acuerdo 003 de 2009 con las instituciones, organizaciones y/o sociedades científicas, elaborar y presentar proyecto de Acuerdo para expedir la regulación correspondiente a todos los estudios señalados anteriormente.

Derivado de lo anterior, la CRES expidió el Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009, “Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”, derogando el Acuerdo 003, a partir de su vigencia el 1º de enero de 2010. Frente a este último proceso la Defensoría del Pueblo en Junio de 2010, expresó en que la CRES no ha realizado la actualización de medicamentos, siendo este uno de los aspectos cruciales para la actualización del POS, de igual forma la defensoría hace afirma que aún persisten dificultades relacionadas con la actualización de los planes de beneficios como:

- La persistencia de lo que las EPS han denominado “Zonas grises”. Dado que no hay precisión de los dispositivos e insumos que hacen parte del POS y de lo que contiene y no contiene determinado procedimiento

---

<sup>17</sup> Ver CRES: Informe Anual para el Congreso de la República. 3 de Junio de 2009 a 31 de mayo de 2010.

- Falta de información sobre la actualización de medicamentos y la fecha en la cual se hará
- Coexistencia de dos POS, el dispuesto en la resolución 5261 de 1994 y el derivado del acuerdo 08 de 2009

## CONCLUSION FINAL

En primera instancia habría que precisar que realmente no se ha realizado una actualización de los planes de beneficios, de hecho en la Ley Ordinaria 1438 del 9 de enero de 2011, sancionada por el Presidente de la República, nuevamente se amplía el plazo, incumpliendo por segunda vez el mandato dado por la Corte Constitucional. En octubre de 2010, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y el ministro de la Protección Social, Mauricio Santamaría, se comprometieron a entregarle al país un Plan Obligatorio de Salud (POS) actualizado para el primer semestre de 2011, y mientras tanto, realizarían actualizaciones parciales, de las cuales la primer acción adelantada en 2011 ha sido expedir el acuerdo N°. 20, mediante el cual se aprueba someter a consulta de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la comunidad médico-científica y de la ciudadanía en general unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Esta consulta se adelanta actualmente virtualmente en la página de la CRES: *“La CRES somete a consulta ciudadana durante 30 días calendario la propuesta que aparece en el artículo primero de dicho Acuerdo, para que las personas interesadas en la presente decisión formulen las sugerencias, recomendaciones y observaciones que consideren pertinentes a través del correo consultaciudadanapos@cres.gov.co, de un formulario en el sitio web www.cres.gov.co o mediante correo físico a la sede de la Comisión de Regulación en Salud, ubicada en la carrera 7 No. 71-21 Torre B Oficina 305 en Bogotá”*<sup>18</sup>.

Una vez surtido este trámite se efectuarán los ajustes pertinentes y la Comisión decidirá la inclusión en el POS de los siguientes principios activos: ALENDRÓNICO ÁCIDO, CLOPIDOGREL, MISOPROSTOL

Así, el país no cuenta con una actualización de los planes de beneficios, en los términos que ha estipulado la Sentencia T-760, los procedimientos realizados por la CRES, además de ser parciales, y mantener las dificultades existentes en el POS actual, en los procesos que han denominado de consulta ciudadana, son de corto alcance, no cuentan con un proceso de convocatoria y difusión que permitan lograr representatividad y por tanto carecen de participación real y efectiva.

De igual forma, dentro de la actualización del POS, no se incluyen nuevos medicamentos y el Acuerdo 008 de la CRES, crea un nuevo POS, que coexiste con el dispuesto en la resolución 5261 de 1994 y sin norte explícito de vigencia, dada la entrada de la nueva propuesta de reforma en salud derivada de la Ley 1438 del 9 de enero de 2011. El Acuerdo 008 aunque incrementa el contenido y cobertura del POS (según el informe de la Defensoría incluye 5.832 nuevos procedimientos), desaparece definiciones aclaratorias relacionadas con

---

<sup>18</sup> Artículo segundo, del Acuerdo N 20 del 29 de diciembre de 2010.

interconsultas, tiempo de controles pre y posoperatorios y no se precisa la clasificación de los niveles de complejidad.

Finalmente, la CSR propone a la Honorable Corte Constitucional, tener en cuenta dentro de sus análisis, que la actualización de los planes de beneficios no establecen una relación directa con la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Desde allí, la sostenibilidad financiera del sistema, parte por evaluar la intermediación en el sistema y monto de recursos que esta siendo apropiado por las instituciones privadas. Esto significa, que la Honorable Corte Constitucional, podría incluir dentro de sus análisis una evaluación a la Intermediación financiera de tal manera que como lo hemos expresado desde la CSR, el financiamiento de la salud integre esfuerzos públicos y privados, en el cual debe haber predominio público en el manejo de los recursos para atención en salud, con asignación y administración territorial y sin intermediación financiera de carácter lucrativo.

Finalmente, la CSR propone como reflexión a la Honorable Corte Constitucional sobre el valor de la UPC, es que ésta utiliza criterios de disponibilidad financiera y gastos, sin embargo deja por fuera criterios fundamentales como el perfil epidemiológico y estudios de la población en condiciones de pobreza.

### **III.. Interrogantes vinculados con la orden 23. Funcionamiento de los comités técnico científicos (CTC):**

***5.1. La regulación vigente, ¿es suficiente para garantizar el trámite interno para la autorización directa de los servicios No POS ordenados por el médico tratante? Y 5.2. El funcionamiento actual de los Comités Técnico-Científicos, ¿constituye garantía real para que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud accedan a los servicios de salud que se requieran con necesidad y para controlar los posibles excesos o abusos?***

#### **Planteamientos**

Para indagar sobre estas dos preguntas, la CSR solicitó a las EPS enviar información sobre el comportamiento de los Comités Técnicos Científicos, basamos esta primera parte de la respuesta en el análisis realizado a la información que nos fue allegada.

La recolección de información que realizan las EPS de los Comités Técnicos Científicos presenta una gran variación, se identificaron 101 campos en los cuales se organizan las bases de datos de los CTC, estos campos, se refieren a:

<b>CAMPOS DE LAS BASES DE DATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>
Fecha CTC	3
Numero CTC	3
Hora inicio	1
Hora de salida	1
Nombre y apellidos	6
Identificación	5
Edad	3
Medico solicitante	3
Registro medico	1
Fecha de orden medica	1
Justificación del servicio médico o prestación de salud no pos	1
Diagnostico	7
Código cie 10	5
Análisis del caso de estudio	1
Resumen ordenes medicas	1
Nombre del servicio médico o prestación del servicio no pos-s,	4
Identificación del objetivo (motivo)	1
Frecuencia de uso	1
Cantidad autorizada	1
Tiempo total autorizado	1
Servicios médicos prestación de servicios pos	1
Objetivo	1
Frecuencia de uso	1
Cantidad	1
Tiempo total	1
Observaciones (evidencia médica)	1
Decisión del CTC	1
Fecha de radicación de solicitud de servicio,	3
Fecha de aprobación del servicio	1
Fecha de negación del servicio	1
Descripción clasificación cie -10	1
Total de casos,	1
Aprobados,	1
Negados	1
Porcentaje de aprobados vs negados.	1
Tipo doc.	2
Nombre medicamento o procedimiento (principio activo),	1
Presentación	1
Ámbito	1
Conclusiones	1

Fecha radicación solicitud del médico tratante,	1
No. Acta del CTC	2
Fecha evaluación por CTC	1
Descripción solicitud	1
Total solicitudes	1
Tipo (medicamento, insumo, procedimiento, otros servicios)	2
Código diagnostico	1
Ciudad usuario	1
Ambulatorio/hospitalario	1
Nombre del empleador	1
No. Radicado solicitud	1
Especialidad	1
Numero acta de CTC	2
Medicamento, insumo o servicio no pos autorizado	1
Medicamento, insumo o servicio no pos negado	1
Presentación	1
Dosis	1
Cantidad/mes	2
Tiempo autorizado	2
Costo mensual autorizado (aproximado)	1
N° de radicación solicitud ante ctc,	1
Ips solicitante,	1
Tratamiento,	1
Código cups procedimientos,	1
Código INVIMA,	1
Código CUMS,	1
Principio activo no pos,	1
Grupo terapéutico,	1
Presentación, concentración, no pos	1
Dosis día,	1
Cantidad No Pos,	1
Tiempo tratamiento No Pos,	1
Valor unitario,	1
Valor total,	2
Principio activo homologo,	1
Presentación, concentración Pos,	1
Dosis día Pos,	1
Cantidad Pos	1
Dosis día equivalente al medicamento no pos solicitado	1
Cedula de ciudadanía del medico	1
Registro medico	1

Especialidad,	1
Resumen justificación medico tratante	1
Conclusiones comité,	1
Autorizado s/n	1
No folios	1
Numero autorización	1
Fecha autorización	1
Tipo de identificación	1
Fecha nacimiento	1
Numero carnet	1
Sexo	1
Valor total	1
Departamento del afiliado	1
Municipio del afiliado	1
Motivo autorización	1
Código actividad	1
Desactividad	1
Médico especialista	1
Nombre funcionario	1
Ips a la cual se remite	1

Los campos comunes en las bases de datos se refieren a diagnostico, identificación del usuario, código CIE, nombre del servicio médico o prestación del servicio No Pos. Debido a esta situación no es posible hacer una lectura consolidada sobre el funcionamiento de los CTC, a partir de la información que nos hicieron llegar las EPS.

La resolución 3173 de agosto de 2009 proferida por el Ministerio de la Protección Social adopta unos lineamientos técnicos para el registro de negación de Servicios y medicamentos por parte de las EPS y EOC del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Salud. A partir de la información suministrada se puede deducir que las EPS no siguen dichos lineamientos por cuanto omiten información solicitada en dicha resolución e incluso incluyen información que no es requerida.

Este hecho, se ratifica con el informe enviado por la Defensoría del Pueblo a la Honorable Corte Constitucional sobre el tema, en él la Defensoría hace explicito que dicha entidad no ha podido realizar una valoración del progreso o retroceso de las negaciones de los CTC pues, la información enviada por el Ministerio y las EPS no es completa en razón a:

- Las EPS desconocen la información que deben enviar al Ministerio
- El Ministerio no ha capacitado a las entidades aseguradoras sobre la implementación de la Resolución 3173 de 2009.
- Algunas EPS, por falta de claridad e el formato, han optado por enviar información en formatos word y excell

## CONCLUSION

En la información solicitada por la CSR, y que fue enviada por las EPS, dentro de los campos que mayormente omitieron las EPS es el que solicita las causas de la negación de un servicio y/o de un medicamento, por tal razón no es posible determinar si el CTC tomo una decisión acorde con el goce efectivo de derechos, incluso en los casos donde se encontró información relacionada con las causas de la negación la información no es suficiente para poder evaluar si el CTC obstaculizó o no el acceso al servicio p.ej. *“NO AUTORIZADO LE CORRESPONDE A LA S.S.D”*, la información no permite establecer si la decisión tuvo en cuenta la necesidad de la persona y el principio de integralidad en el acceso a los servicios de salud.

En otros casos la información puede mostrarnos indicios que la decisión del CTC podría haberse tomado en contra del derecho a la salud, es decir que se le niega a la persona el acceso al servicio que requiere con necesidad pero no se cuenta con información que nos permita evaluar la decisión del CTC p.j, *Paciente de 37 años quien presenta enfermedad coronaria de 1 vaso con indicación de angioplastia con stent medicado por las características de la obstrucción y de los antecedentes de la paciente. Este comité considera pertinente el uso de este implante sin embargo no lo aprueba pues no está incluido en el plan de beneficios del régimen subsidiado, se debe hacer solicitud al ente territorial.*

Se sugiere a la Honorable Corte Constitucional, realizar un proceso de verificación mediante una encuesta unificada a todas las EPS. Los indicadores y diseño de preguntas pueden ser abordados por la CSR previo trabajo concertado con la Honorable Corte.