Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

# Universidad Nacional Autónoma de México
## Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**La Administración de los Servicios de Salud para Sujetos de Especial Protección en Colombia**

# T r a b a j o  E s c r i t o  P r o f e s i o n a l

Que para optar por el grado de:

## Maestro en Administración


Presenta:
**Luis Adolfo Díaz Granados Quimbaya**

Tutor:
**M. en CC. Martín Gómez Silva**
**Facultad de Contaduría y Administración**


**Ciudad de México, mayo de 2016**

*Un hombre no está bien hasta que sea feliz, sano, y próspero; y la felicidad, la salud, y la prosperidad son el resultado de un ajuste armonioso del interior con el exterior del hombre.*

*James Allen*

# Agradecimientos

Extiendo un especial agradecimiento al equipo del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social- CIESS, quienes, a través de su experiencia y profesionalismo siempre mostraron apoyo y disposición en el cabal desarrollo de la maestría y gracias a quienes fue posible este trabajo de grado, particularmente al Mtro. Martín Gómez quien asesoró la realización del presente trabajo.

También agradezco al Doctor Juan Carlos Cortés, mentor de mi desarrollo profesional e investigativo, así como a todo el equipo de trabajo con el que cuento actualmente especialmente a Doctora Tary Garzón.

A mi familia y amigos por el apoyo y colaboración.

# Contenido

**Pág.**

**Introducción…… 4**

**1. Antecedentes.....11**
1.1 Antecedentes del Plan de Beneficios en Salud en Colombia: consecuencias de un modelo de aseguramiento para las personas de especial protección constitucional..... 11
1.2 La integralidad en la prestación de los servicios de salud para la población de especial protección constitucional: perspectiva jurisprudencial..... 17
1.3 Definición y alcance del principio de integralidad en salud: construcción normativa y jurisprudencial .....188
1.4 La taxatividad de un Plan de Beneficios en Salud: inclusiones y exclusiones para pacientes de especial protección constitucional..... 23
1.5 La taxatividad de un Plan de Beneficios en Salud: inclusiones y exclusiones para sujetos de especial protección ..... 26
1.6 Fundamentos en administración ..... 30

**2. APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD EN SALUD .....40**
2.1 Aplicación del principio de integralidad y su relación con la UPC ..... 40
2.2 Consecuencias de la aplicación del principio de integralidad en el proceso de recobros ante el Fosyga ..... 41
2.3 Criterios para la adecuada prestación integral de los servicios de salud: la objetividad de la integralidad en sujetos de especial protección ..... 42

**3. Fuentes alternas para la prestación de servicios no POS: principales inconvenientes hacia la garantía del principio de eficiencia dentro del Plan Obligatorio de Salud .....44**
3.1 La acción de tutela y su rol en el cumplimiento del principio de integralidad para los sujetos de especial protección: incidencia frente al principio de eficiencia del sistema ..... 44
3.2 El Comité Técnico Científico y su relación normativa con la naturaleza del POS: principales incoherencias dentro del sistema en cumplimiento del principio de integralidad ..... 46

**4. Marco teórico.....48**
4.1 Límites y criterios de interpretación de la integralidad en salud ..... 48
4.1.1 Definición y alcance del principio de integralidad en salud: construcción normativa y jurisprudencial.....48
4.1.2 Principio de integralidad en salud y modelo público de salud.....49

4.1.3 Unificación de los criterios de interpretación en la integralidad del derecho a la salud.....50
4.2 Principio de integralidad y modelo de aseguramiento en salud ..... 51
4.2.1 Modelo de recobros por servicios No POS: el problema semántico de las exclusiones que debe ser resuelto por un único órgano dentro del sistema .....51
4.2.2 El pago del No POS por parte del Estado a las IPS: vía hacia un modelo público de salud y la eliminación de las EPS como intermediarias .....52
4.2.3 Relación entre la UPC y la prestación integral de los servicios de salud en el modelo de aseguramiento: lineamientos hacia la garantía del acceso efectivo .....52
4.3 Integralidad en salud y “abuso moral” de los usuarios ..... 56
4.3.1 Sujeción de los jueces de tutela a las limitaciones inherentes del derecho a la salud para la población de especial protección .....56
4.3.2 La participación de las personas de especial protección constitucional: un elemento fundamental para el establecimiento del POS como un factor relevante en la garantía del principio de integralidad .....57

**5. Conclusiones.....58**

**Bibliografía……... 60**

# Acrónimos y siglas utilizadas

EPS: Empresas Promotoras de Salud

ESS: Empresas Solidarias de Salud

Fosyga: Fondo de Solidaridad y Garantía

POS: Plan Obligatorio de Salud

UPC: Unidad de Pago por Capitación

# Introducción

Para lograr la adecuada administración y uso de los recursos de la salud por parte de los usuarios, la Ley 100 de 1993 implementó un modelo de aseguramiento basado en una estructura en la cual existe un asegurador (la EPS), un asegurado (el particular) y un plan de beneficios (POS) el cual se financia con una prima pagada por el Estado denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). El modelo básico de administración se basa en que la UPC es suficiente para brindar las prestaciones incluidas en el POS a todos los asegurados, en aras de garantizar la prevención, promoción, diagnóstico y rehabilitación integral de la salud.

Sin embargo, este modelo se ha enfrentado a diversas problemáticas relacionadas principalmente con el enfrentamiento entre dos principios fundamentales: el primero, la eficiencia, mediante el cual se busca el menor uso de recursos para lograr el mejor resultado posible (en este caso la rehabilitación integral del paciente) y en segundo lugar, el principio de integralidad, mediante el cual se ordena la atención de todas las necesidades de los pacientes en aras de garantizar sus derechos fundamentales.

El modelo de administración en salud, prevé que solamente las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud sean cubiertas por el sistema, de manera que si se requieren prestaciones excluidas de esta lista taxativa las mismas sean financiadas directamente por los usuarios garantizando así la sostenibilidad del sistema.

Por su parte, la Corte Constitucional a través de una nutrida jurisprudencia, ha establecido el principio de integralidad en salud, el cual no solamente requiere que las prestaciones, intervenciones y procedimientos para proteger el derecho fundamental se presten en su totalidad, sino que el servicio se garantice en condiciones de accesibilidad, oportunidad y eficiencia. Sin embargo, bajo el modelo

de administración basado en el aseguramiento en el que se encuentra Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, se ha establecido una lista taxativa de servicios (POS) que genera exclusiones en el ámbito de las prestaciones sin que el diseño inicial permita inferir qué sucede en el caso de que las necesidades excedan las prestaciones previstas.

Esta situación se ve agravada frente a la población vulnerable que requiere servicios especiales de salud y tratamientos de alto costo, teniendo en cuenta que la relación costo- beneficio no guarda coherencia con lo previsto por el principio de eficiencia, en tanto no se pueden otorgar más que tratamientos paliativos, por lo que no es posible una rehabilitación integral.

Recientemente, con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, estatutaria de salud, se estableció que el Plan de Beneficios, contrario a lo establecido hasta el momento, previsto como un plan de inclusiones de servicios de salud, iba a estar concebido como un plan de exclusiones, es decir, que la lista sólo contendría los procedimientos, medicamentos e insumos excluidos, entendiendo que los que no estén en la lista se encuentran incluidos. Este sistema aún no ha sido reglamentado aunque la misma norma prevé exclusiones bastante generales que dejarían a juicio del intérprete analizar qué se encontraría directamente excluido y que no.

De esta manera, en el presente trabajo se hará referencia al POS por tener elementos de evaluación claros que permiten analizar su evolución y los efectos sobre la población de especial protección constitucional, pues al no haberse reglamentado la Ley 1751 de 2015 no se puede hacer más que alguna mención sobre las expectativas que para esta población traerá la modificación legislativa sin que sea posible hasta el momento evaluar sus efectos tanto en la administración del sistema como en la garantía de los derechos de los usuarios. Así las cosas, al ser el Estado a través del POS quien garantiza los servicios del sistema de salud, resulta fundamental cuestionarse sobre las condiciones de su alcance integral y el cumplimiento de los postulados legales y jurisprudenciales en la materia para esta

población de especial protección constitucional, al igual que por el modelo de administración que, en conjunto, permitan hacer efectivo ese cumplimiento.

El sistema de salud colombiano, diseñado a partir de 1993 con la incorporación de la Ley 100, estructura un modelo de aseguramiento en salud bajo un esquema de libre competencia que incorpora a los particulares en su prestación. Sin embargo, por tratarse de un derecho fundamental, su regulación se encuentra supeditada a principios constitucionales que deben ser adaptados al sistema privado adoptado. En este sentido el modelo ha experimentado profundos cambios desde su concepción inicial, con una alta participación pública y de control.

Como todo esquema de seguros, el modelo de salud cuenta con los siguientes tres elementos: (i) un administrador que garantiza las prestaciones y asegura los riesgos contratados que dentro del esquema son las Empresas Promotoras de Salud, (ii) una prima de seguro que se denomina UPC y que se paga a las EPS según las prestaciones que haya que garantizar según las particularidades de cada población y (iii) una serie de riesgos y prestaciones a las cuales se obliga la administradora y que son cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación- UPC que se denomina Plan Obligatorio de Salud POS. Este plan responde entonces a unos criterios de suficiencia de la UPC con base en las especificaciones de la nota técnica en que se basa, y es restrictivo en tanto los entes privados, en principio, solo están obligados a asegurar las prestaciones previamente definidas y sustentadas en la UPC.

La reforma legislativa en salud se articula sobre un modelo de gestión, donde los gestores son compensados mediante los resultados que efectivamente obtengan en salud, siendo responsables del acompañamiento del estado de salud de las personas mas no de la administración, recaudo y afiliación de las personas, aspecto que si bien puede contribuir a la transparencia del sistema, es fundamental para la presente investigación en tanto puede otorgar perspectivas interesantes en la recuperación efectiva de la salud de las personas, sin embargo es un aspecto

que se evaluará a profundidad pues al tratarse de población que no tiene perspectivas de lograr una rehabilitación integral, puede ser objeto de discriminación por parte de los gestores al no significar un resultado importante en salud.

Uno de los criterios que ha establecido la constitución y la teoría de la fundamentalidad de los derechos sociales y que fue reiterada en la Ley 100 de 1993, es el principio de integralidad de las prestaciones en salud, según el cual se debe garantizar la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Este principio ha tenido también un amplio desarrollo jurisprudencial que ha determinado un alcance más amplio en su obligatoriedad, pues implica no solamente la prestación sino que la misma se dé en condiciones de oportunidad y eficiencia.

Sin embargo, las necesidades de las personas, especialmente aquellas que se encuentran en grupos vulnerables pueden variar y extenderse más allá de su patología sobrepasando las coberturas del POS, caso en el cual dichas necesidades no podrían ser cubiertas por el sistema quedando expresamente excluidas en su atención. No obstante cabe anotar que la fundamentabilidad del derecho a la salud es independiente de su contenido prestacional, por lo que la integralidad en la atención para la procura del más alto grado de bienestar físico y mental debe constituirse como una base fundamental para la construcción de un Plan de Salud.

Así las cosas, la relación entre estas dos variables, por un lado la eficiencia que exige el sistema en su administración y por el otro la obligación del cumplimiento del principio de integralidad en población vulnerable, lleva a la pregunta de ¿Cómo hacer armónica la metodología de un plan de salud taxativo en inclusiones o exclusiones con el cumplimiento del principio de integralidad constitucional en la garantía del derecho fundamental a la salud para la población vulnerable? Este

vacío normativo que surge por el desarrollo constitucional de un principio previa la instauración de un modelo de aseguramiento, implica el análisis de otras variables como lo son el carácter restrictivo del POS, el alcance del derecho y con ello las obligaciones que surgen para los distintos actores del sistema para su conciliación tanto en aspectos administrativos como normativos.

De esta manera, teniendo en cuenta que el desarrollo del principio de integralidad ha sido posterior a la instauración del modelo de salud, cabe preguntarse de manera subsidiaria sobre las implicaciones y perspectivas que tiene el Plan Obligatorio de Salud, para el cumplimiento del principio de integralidad en la garantía del derecho a la salud y el rol que tiene el modelo de administración para garantizar el principio de eficiencia en sus prestaciones.

En esta medida aunque el sistema se ha adecuado a la prestación de servicios de salud por fuera del POS a través de la acción de tutela y del Comité Técnico Científico, la prestación de servicios No POS no se encontraba prevista en la norma original, por lo que el desarrollo jurisprudencial ha determinado la posibilidad de recobro ante el Fosyga, sin embargo, este complicado sistema de cara a los usuarios requiere un análisis administrativo del diseño del sistema pues la inaplicación del principio de integralidad puede afectar el sostenimiento fiscal del sistema, por lo que es importante realizar un ajuste del modelo.

De esta manera, las variables del POS y la integralidad de la prestación de los servicios de salud para la población vulnerable, serán analizadas según los antecedentes anteriormente descritos, con el fin de definir cómo este vacío normativo ha afectado a esta población.

## PLANTEAMIENTOS BASICOS

El principio de integralidad en salud exige condiciones de continuidad, oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, redes y prestaciones en salud. Sin embargo, para el

caso particular de los pacientes de especial protección constitucional, la atención integral exige una estrecha relación entre la prevención y el tratamiento, este último determinado en Colombia mediante una lista taxativa de prestaciones o exclusiones que prescribe las prestaciones en salud a las que hay lugar, lo cual implica un marco de desprotección de algunas de las necesidades de la población, sin que el diseño del sistema permita determinar mecanismos para su consecución. No obstante las prestaciones establecidas en los Planes de Salud si bien no garantizan una prestación integral de los servicios de salud, la exclusión de algunos medicamentos, insumos o procedimientos, impide la prestación integral de los servicios. Así las cosas, para garantizar la integralidad en salud, resulta imperante concebir la salud como un derecho fundamental y que de esta manera se conciba un sistema administrativo que proteja tanto la sostenibilidad fiscal del sistema como los derechos de la población en condiciones de vulnerabilidad.

## OBJETIVOS

El principal objetivo de la obra consiste en analizar el marco de atención de la población de especial protección desde la perspectiva del principio de integralidad en salud y cómo se concilia el mismo con el principio de eficiencia a partir de un Plan Obligatorio de Salud. De esta manera se establecerán las implicaciones que tiene, para el modelo de aseguramiento actual, el cabal cumplimiento del principio de integralidad en los servicios de salud y determinar si el mismo requeriría reformas administrativas en aras de garantizar el principio de eficiencia en el sistema.

Entre otros, se buscará establecer qué elementos normativos, jurisprudenciales y doctrinarios han determinado la ampliación del marco normativo del Plan de Beneficios en Salud y cómo opera con el principio de integralidad para los pacientes de especial protección, así como su incidencia en el modelo administrativo para la garantía del principio de eficiencia.

## ITINERARIO

Con el fin de dar respuesta al problema anteriormente planteado, el presente trabajo establece en el estado del arte los antecedentes del sistema de salud, el marco general del principio de integralidad en salud y su especial importancia para los pacientes de especial protección y por último determina un marco general de los inconvenientes que tienen la prestación integral de los servicios de cara al abuso de los usuarios frente al mismo, por lo que se adopta un análisis de contradicción de principios (sostenibilidad fiscal vs. Derecho fundamental a la salud, Principio de integralidad vs. Principio de eficacia) análisis que permitirá evidenciar en el estado del arte los principales problemas jurídicos y sociales que implica la adopción del POS.

Posteriormente se realizará el marco teórico donde se adopta una posición sobre los temas analizados en el estado del arte y se hace una relación entre el principio de integralidad y los diversos elementos del sistema que resultan esenciales para la protección de los derechos de estos pacientes. Este marco teórico también tiene importantes fundamentos en principios de corrientes de la administración que permiten explicar el funcionamiento de diversos aspectos del sistema de seguridad social en salud colombiano.

Por último se plantean las conclusiones y y las proyecciones empíricas del proyecto.

# 1. Antecedentes

## 1.1 Antecedentes del Plan de Beneficios en Salud en Colombia: consecuencias de un modelo de aseguramiento para las personas de especial protección constitucional

Tras 21 años de haberse incorporado en Colombia la Ley 100 de 1993 mediante la cual se regula el Sistema Integral de Seguridad Social, el Sistema de Seguridad Social en Salud ha sufrido diferentes cambios, debido principalmente a los múltiples inconvenientes que ha presentado su implementación en el país. Factores como los cambios sociales, epidemiológicos y sociodemográficos, aunados a los avances jurisprudenciales y tecnológicos, han implicado modificaciones estructurales del sistema de salud. En este sentido cabe resaltar el Plan Obligatorio de Salud y su rol en la adaptación a estos cambios principalmente acerca de la implementación del principio de integralidad en un sentido constitucional.

De esta manera en el estado del arte se realiza una aproximación normativa, doctrinaria, jurisprudencial y del modelo de gestión sobre los aspectos que resultan relevantes en materia de la garantía del principio de integralidad constitucional en el marco de un plan taxativo de inclusiones y exclusiones como lo es el POS para la protección de las personas de especial protección. Así las cosas, en la revisión se incluirán los antecedentes normativos, la situación actual de los pacientes de especial protección y el marco regulatorio del principio de integralidad como se entiende actualmente.

***Antecedentes***

En esta materia resulta fundamental resaltar la Ley 10 de 1990 en la cual se encuentran aspectos fundamentales del sistema de salud en Colombia, lo que quiere decir que el desarrollo del modelo que rige actualmente fue producto de un avance legal importante que se viene desarrollando desde 1936 con la Constitución y las reformas del presidente López Pumarejo, pasando por la creación del ISS, del Sistema Nacional de Salud y que desencadenó en un Sistema de Seguridad Social en Salud que tuvo sus inicios en esta normatividad.

En la ley se establece la salud como un servicio público a cargo del Estado administrado junto con los Entes Territoriales descentralizando la prestación y el aseguramiento en salud que anteriormente se encontraba centralizadas, por lo que el cambio en el esquema constituyó uno de los cambios más importantes y que se instauraría como un pilar fundamental dentro del modelo adoptado mediante la ley 100 de 1993.

Otro gran cambio que incorpora la Ley 10 es la inclusión de los particulares en la prestación de los servicios de salud, al establecer que la asistencia pública puede ser prestada por entidades públicas o privadas.

En cuanto a la integralidad en la prestación de los servicios de salud, la Ley 10 establece en su artículo 4:

> "(…) El Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como, también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud"

Lo anterior quiere entonces decir que la descentralización juega un papel fundamental en el modelo de administración del sistema así como en la manera como se va a entender la integralidad en salud, pues en ella intervienen todas las fases de promoción y prevención de la enfermedad por medio del cumplimiento de labores descentralizadas como el

saneamiento ambiental y todo lo relacionado con el control de medicamentos y demás tareas propias de los Entes Territoriales.

De igual manera, la Ley 60 de 1993 desarrolla este nuevo modelo descentralizado de salud estableciendo las facultades y obligaciones de cada uno de los Entes Territoriales así como implementa el Sistema General de Participaciones como mecanismo de financiación para el sistema.

Este modelo descentralizado implica entonces una función exclusiva de vigilancia y control por parte del Estado, dejando un amplio marco de autonomía en la gestión de recursos de las entidades privadas encargadas del aseguramiento y de los Entes Territoriales en general.

*La adopción de la Constitución de 1991*

La expedición de la Constitución de 1991 puso sobre la mesa la importancia de concretar una definición que permitiera el reconocimiento de la seguridad social en nuestro país. Es así como en las discusiones para la implementación de los principios que regirían la seguridad social, participaron dos corrientes principalmente: una corriente social partidaria de unificar los Sistemas de salud vigentes hasta el momento y otra llamada “neoliberal” tendiente a defender la libre elección y la libre competencia[1]. Finalmente se estableció la siguiente definición quedando el artículo 48 de la Carta Política colombiana así:

> “ARTICULO 48. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.
>
> El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

[1] JARAMILLO PÉREZZ, Iván. (1999). El futuro de la salud en Colombia Ley 100 de 1993 cinco años después. Fundación para la Educación Superior FES. Bogotá.

> La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.
>
> La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante".

Igualmente, el artículo 49 reforzó los aspectos sociales de esta definición y dio un enfoque específico sobre el sistema de salud:

> **ARTICULO 49**. Artículo modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009. El nuevo texto es el siguiente: 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. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.
>
> Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
>
> La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.
>
> Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad (…)"

Como se puede observar, estos artículos integraron una visión social basada en la intangibilidad de los recursos y el planteamiento de la seguridad social como un derecho de carácter irrenunciable incluyendo también la participación de los particulares en su administración. En cuanto a la prestación de los servicios, aspecto más importante para la presente investigación, vemos que desde la presentación de este artículo se establece la posibilidad de que la ley imponga restricciones a la prestación de los servicios de salud, por lo que el método taxativo de inclusiones y exclusiones del POS en principio obedecería a planteamientos constitucionales siempre y cuando existiera participación de la comunidad.

Si bien el sistema de salud en Colombia tiene amplios aspectos de una política neoliberal el entrar dentro del contexto de la Constitución Política de Colombia, esta permite una mayor protección a la población bajo los criterios de equidad y universalidad. Es así como por tratarse de un servicio público, el sistema de salud está ampliamente regulado por el Estado, siendo él quien determinará tanto la prima de seguro UPC como los servicios que se deben prestar.

Otra incursión importante de la Constitución Política de Colombia fue la implementación de la acción de tutela (figura que en otros países es conocida como amparo, por ejemplo), con la cual se pretende la protección de los derechos fundamentales y que ha sido una herramienta fundamental para la protección de los derechos de las personas frente a la negación de los servicios de salud que les son requeridos tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado. En materia de salud la acción de tutela es una de las que más se presenta, por lo que cada mes se reportan más de 9.500 acciones solo en materia en salud siendo la mayoría (un 37%) relacionadas con la negación de tratamientos[2], con las consecuencias que esto representa para la administración de los servicios de salud.

[2] Defensoría del Pueblo. *La tutela y el derecho a la salud 2012.* Bogotá, 2013. En http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaDerechoSalud2012.pdf consultado el 02 de enero de 2014.

*Ley 100 de 1993*

Entre las discusiones de la Constitución, se encontraban las que contenían posturas como la ampliación de la cobertura alejados de un modelo de aseguramiento y aquellas que defendían la libre elección como una postura democrática que favorecería la eficiencia y la calidad[3].

Esta discusión se presentó ya que antes de la expedición de la Ley 100 de 1993, que organizaría todo el sistema de seguridad social, el régimen de salud se caracterizaba por el monopolio que en materia de afiliación, prestación de servicios y recaudo de cotizaciones mantenía el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) en el sistema público y la gran dispersión de regímenes que existían para los trabajadores de las diferentes organizaciones empresariales y gubernamentales lo cual impedía la implementación de modelos solidarios de salud.

Uno de los principales argumentos que han argüido quienes defienden la implementación de la Ley 100 de 1993 era la baja cobertura en salud que existía anteriormente con tan solo un 20.6% de la población afiliada al Sistema Nacional de Salud. Este sistema se caracterizaba entonces por la baja cobertura, el fraccionamiento de los actores del sistema y la posibilidad que encontraron los sectores más ricos de la población para inscribirse en sistemas privados de salud (Jaramillo). Sin embargo, visto desde otra óptica, quienes contradicen los planteamientos de la ley 100, arguyen que, por el hecho de que a los hospitales públicos se les diera subsidio a la oferta y no a la demanda, propiciaba que se atendiera a la población que carecía de registro, por lo que, si bien existían bajos índices de población asegurada, los índices de población atendida eran más altos de los que se registraron después de la implementación de la Ley 100 de 1993[4].

Además de la falta de cobertura familiar, existían inconvenientes por el alto nivel de gasto privado en salud y la centralización territorial e institucional (CONPES 3204), sin embargo tras la implementación de la Ley 100 de 1993, si bien se aumentó la cobertura en afiliación,

[3] Íbid, pág 70
[4] Op, cit. CURREA- LUGO

persisten factores que dificultan el acceso de la población a la prestación de servicios, que tienen que ver con otros factores tales como las condiciones socioculturales, el grado de desarrollo social y económico y el territorio, por lo que, aunque los datos relativos a la afiliación han demostrado que un 96% de los colombianos se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, es necesario hacer una evaluación del acceso real de la población[5].

## 1.2 La integralidad en la prestación de los servicios de salud para la población de especial protección constitucional: perspectiva jurisprudencial

En los siguientes apartes se hará referencia al principio de integralidad desde una concepción legal y jurisprudencial así como de su incidencia en aspectos del aseguramiento como la suficiencia de la UPC, el proceso de recobros y su incidencia en la prestación de los servicios para pacientes de especial protección constitucional.

Se acogerán los principales criterios para delimitar el concepto de integralidad y así revisar su incidencia en la atención de los pacientes de especial protección constitucional con respecto no solamente a las inclusiones del POS sino a las condiciones de otorgamiento de las prestaciones a esta población de especial protección constitucional.

[5] QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia. *La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables.* Siglo del Hombre Editores, Bogotá, 2011. p 39.

## 1.3 Definición y alcance del principio de integralidad en salud: construcción normativa y jurisprudencial

El literal d del artículo 2 de la ley 100 de 1993 establece la integralidad como un principio en virtud del cual se da la “cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley”. Así las cosas, en su concepción legal inicial la integralidad debe ser entendida como un principio, es decir como un mandato de optimización que para los efectos de la presente ley orientan toda la concepción del Sistema de Seguridad Social Integral. De esta manera, el principio de integralidad establecido en la ley 100 resulta aplicable a todo el Sistema de Seguridad Social y no solamente al Sistema de Salud, por lo que orienta un concepto más amplio de seguridad social.

Es de anotar que si bien el principio resulta amplio desde una lectura inicial, restringe su ámbito de aplicación a la atención de las contingencias exclusivamente previstas en la ley 100 de 1993, por lo que, al estar un diseño taxativo en inclusiones y exclusiones previsto en la norma inicial, la aplicación del principio, es decir, su más alto grado de cumplimiento sólo hace referencia a los términos exclusivos de la norma, por lo que desde una lectura estricta de la norma se podría inferir en un primer momento que el principio encuentra su más alto grado de cumplimiento hacia las contingencias previstas por la norma. El problema que se evidencia entonces es que en materia de salud se trata de un derecho fundamental, por lo que el grado de cumplimiento se debe extender hacia la protección total e inmediata del derecho en su totalidad entendido como tal y no solamente al ámbito de aplicación de una ley determinada.

A su vez el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, estatutaria de salud, define la integralidad de la siguiente manera:

> Artículo 8°. 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 definido 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.

Esta nueva definición, incorpora algunas de las definiciones que ha dado la Corte Constitucional sobre integralidad a la vez que se subsana algunas las deficiencias que han representado la negación de los servicios no incluidos en el POS que representa actualmente un alto índice de tutelas. Sin embargo y con el fin de lograr una mayor comprensión acerca de la incorporación de este principio legal, se realizará el análisis de los principales conceptos a partir de los cuales la Corte Constitucional ha estructurado el principio de integralidad, y se analizan aspectos de gestión previstos para el cumplimiento de este principio.

En este sentido la Corte Constitucional ha estructurado la integralidad desde distintas ópticas (i) como una forma de garantizar el derecho a la salud (ii) como una regla de prestación del servicio de salud (iii) como una característica del sistema de salud y (iv) como una obligación acerca de las condiciones como debe prestarse el servicio.

<u>El principio de integralidad como una forma de garantizar el derecho a la salud</u>

Mediante sentencia T-1041 de 2012 la Corte Constitucional asimiló el principio de integralidad como la forma en que se lograba el disfrute del más alto nivel de salud y para ello se refiere a la sentencia T-760 de 2008 en donde se estableció que para la garantía del principio de integralidad se requería la atención y el tratamiento prescrito por el médico tratante de manera completa garantizando con ello el cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y exámenes diagnósticas en procura del restablecimiento de la salud del paciente o la mitigación de dolencias que impidieran a las personas obtener mejores condiciones de salud.

Así las cosas, el principio de integralidad bajo el anterior postulado constitucional busca el suministro integral de las atenciones necesarias y se completa con la mitigación de las dolencias, por lo que no resulta necesario para su cumplimiento el restablecimiento de la salud del paciente. De esta manera en aplicación del principio de integralidad para pacientes con enfermedades catastróficas se satisface una vez se otorgan todas las atenciones necesarias para retrasar el deterioro de la salud del paciente.

El principio de integralidad como regla del servicio

En una concepción más amplia, la Corte Constitucional ha ampliado el sentido del principio de integralidad entendido como una obligación de cubrir las contingencias que afectan la vida de la población a una regla del servicio que implica brindar atención en salud a la población desde un sentido más amplio.

Mediante la sentencia C-626 de 2009 la Corte estableció que la integralidad debía comprender la atención en salud que comprendía las esferas de la educación, la información, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación otorgados según la intensidad de uso y los niveles de atención en condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

Este concepto ha sido reiterado en distinta jurisprudencia, donde a propósito del contenido del derecho a la salud han desarrollado el derecho a través de cuatro dimensiones: la disponibilidad la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, condiciones a las que toda persona tiene derecho a que le presten tanto los servicios POS como nos servicios excluidos del mismo[6].

En este sentido, la Corte ha reiterado que la garantía del derecho a la salud sólo se presenta cuando se cubren con plenitud las necesidades del bienestar humano[7] y en este sentido no resulta suficiente un análisis sobre las inclusiones y exclusiones del POS sino que dichas prestaciones se deben dar de una manera oportuna, de lo contrario se

[6] Sentencia T-465 de 2013.
[7] Sentencia T-195 de 2010.

generaría una violación del derecho a la salud[8]. En este sentido resulta esencial el análisis para los pacientes con VIH pues si bien la patología se encuentra en principio incluida en el POS para sus prestaciones, es esencial hacer un análisis sobre las condiciones en que se otorgan las mismas debido principalmente a las condiciones de discriminación y de trato preferente que requieren.

El principio de integralidad como una característica del sistema de salud

La Corte Constitucional también ha entendido el principio de integralidad como una característica del sistema que abarca todas las áreas del bienestar humano que en materia de atención en salud abarca la prevención, la rehabilitación y el tratamiento integral de las secuelas de la enfermedad para la garantía de una vida estable en condiciones dignas[9].

En este mismo sentido la Corte ha establecido sobre el alcance del principio de integralidad que la ley debe amparar las principales contingencias que puedan afectar la salud, la capacidad económica y las condiciones de vida pero que debe hacerse en articulación y cohesión entre políticas institucionales, regímenes, procedimientos y prestaciones para garantizar los fines de la seguridad social. Esta articulación constituye un asunto central en la gestión de políticas públicas. De este modo, el principio de integralidad guarda relación con otros principios como el de unidad que implica no sólo la garantía de la protección integral a la salud sino que procura la protección eficiente de los recursos limitados.

La atención en salud en su integralidad depende de dos factores: primero que todo de las necesidades que la población tenga las cuales pueden ser tanto preventivas, como educativas, psicológicas y biológicas, necesidades que deben ser cubiertas en su totalidad en virtud del principio de integralidad y a partir de las cuales se deben estructurar los planes de salud y en segundo lugar de la protección efectiva que se brinde ante esas necesidades en condiciones de efectividad y oportunidad[10].

[8] Sentencia T-195 de 2010.
[9] Al respecto ver sentencias T-1113 de 2008, T-30 de 2013, T-179 de 2000 y T-998 de 2003.
[10] Ver sentencias T-583 de 2007, T-179 de 2001 y T-1081 de 2007.

Así las cosas, si bien los planes de beneficios se encuentran dentro de una estructura previamente establecida dentro del sistema de salud, solamente se logra una garantía integral de este derecho si se prestan los servicios de manera adecuada con indiferencia de los mismos se encuentran o no incluidos en un plan de beneficios en salud[11]. Por lo anterior, una adecuada gestión aporta al cumplimiento del principio de integralidad.

El principio de integralidad como una obligación de las condiciones en las que debe prestarse el servicio de salud

La Corte Constitucional también ha entendido el principio de integralidad como una obligación en cabeza de quienes prestan el servicio de salud de suministrar todas las prestaciones necesarias para la garantía del derecho a la salud según las prescripciones del médico tratante con límite en las normas legales y su interpretación constitucional[12]. En este sentido la ley que resulta aplicable para la garantía del derecho a la salud es la ley en su sentido amplio, es decir que incluye su contenido de interpretación constitucional y no solamente su postulado legal.

De igual manera el principio de integralidad se ha extendido a una obligación de los jueces de tutela de ordenar todas aquellas prestaciones que garanticen la prestación efectiva de los servicios médicos que sean necesarios para concluir el tratamiento de una enfermedad concreta de manera que se garantice la continuidad del servicio y evite a las personas interponer nuevas acciones de tutela[13]. Esta recurrente posición jurisprudencial ha generado los denominados “fallos integrales” a través de los cuales se han ordenado no solo los tratamientos ya ordenados sino que los que a futuro prescriba el médico tratante.

Estos controvertidos fallos se fundan en las facultades que tiene el juez de tutela de fallar *extra* y *ultra petita* ante una evidente vulneración o amenaza de vulneración de los

[11] T-924 de 2011 y T-481 de 2011.
[12] T-583 de 2007.
[1313] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-699 de 2008. Ver igualmente sentencias T-179 de 2000, T-133 de 2001, T-674 de 2001, T-111 de 2003, T-319 de 2003, T-136 de 2004, T-760 de 2004, T-719 de 2005, T-905 de 2005, T-062 de 2006, T-282 de 2006, T-492 de 2207 y T- 597 de 2007.

derechos fundamentales de las personas[14], siendo este tipo de fallos una clara manifestación de dicha potestad.

## 1.4 La taxatividad de un Plan de Beneficios en Salud: inclusiones y exclusiones para pacientes de especial protección constitucional

En este acápite se pretende desarrollar cómo el plan de beneficios, como fue diseñado en la Ley 100 de 1993, tiene una lista taxativa de prestaciones y no incluye dentro de su diseño inicial los casos en los cuales las personas necesiten prestaciones adicionales[15], igualmente en la propuesta de reforma que presenta actualmente el Gobierno Nacional "Mi Plan" no ofrece más que una lista de exclusiones que de ser muy amplias ahondarían en el mismo problema.

Esta taxatividad está relacionada con el establecimiento de un esquema de seguros, en el cual, el POS constituye las prestaciones a que se compromete la aseguradora a prestar a cambio de una prima de servicios (en este caso UPC). El diseño administrativo entonces está previsto dentro de un esquema de funcionalidad económica o que carece de un rediseño que manteniendo la lógica funcional asegure coberturas especiales adicionales o constitucionales[16].

A esta problemática cabe adicionarle la falta de actualización que sufrió el POS durante más de 10 años, en los cuales los cambios epidemiológicos y sociodemográficos aunados a las nuevas tecnologías en salud, involucraron la solicitud de nuevas prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud conllevando no solamente a un desequilibrio financiero del sistema sino a un acelerado avance jurisprudencial que incorporó nuevas prestaciones al POS.

---

[14] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-464 de 2012. M.P. Jorge Iván Palacio.

[15] DUEÑAS ORTIZ, Oscar José. *Intinerario de la Jurisprudencia Colombiana de control constitucional como mecanismo de protección de derechos humanos.* Ed. Universidad del Rosario, 2009.

[16] VEGA, William. *Los servicios No Pos y las Sentencias.* En: www.consultorsalud.com/index.php?option=com...task... Consultado el 16 de marzo de 2012.

El mecanismo de definición taxativa de inclusiones y exclusiones del POS y la falta de mecanismos para el acceso a procedimientos, medicamentos e insumos no incluidos en el POS, llevó posteriormente a una regulación en materia de acceso a medicamentos mediante la conformación de un Comité Técnico Científico encargado de evaluar para cada caso concreto la necesidad de prestar medicamentos excluidos del POS lo que genera un acceso al recobro directamente contra el Fondo de Solidaridad y Garantía.

Teniendo en cuenta que por el diseño mismo del sistema éste se basa en un modelo de inclusiones y exclusiones, resulta fundamental armonizar esto con los postulados del principio de integralidad anteriormente descritos con énfasis en los pacientes de especial protección constitucional. Cabría preguntarse entonces si es incompatible este modelo de aseguramiento con principios constitucionales como de integralidad o si se trata de una redefinición de mecanismos que prevean por vía legal, bajo una óptica de protección de derechos fundamentales, los mecanismos que aseguren la protección de los derechos fundamentales de los pacientes que padecen enfermedades catastróficas.

En este sentido, es importante resaltar que aunque las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud constituyen una garantía de acceso inicial a determinadas prestaciones, esta inclusión no garantiza en su totalidad el principio de integralidad, que como se anotó anteriormente se encuentra compuesto por las cuatro dimensiones de la salud que han sido descritas como la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad en las prestaciones.

Así las cosas el rediseño del modelo administrativo del sistema resulta imperante no en cuanto a la prestación absoluta de las órdenes médicas o de las necesidades de un paciente, sino a las condiciones en que las mismas se presten, objeto mucho más amplio que debe plantearse en un rediseño estructural del sistema que elimine barreras económicas, geográficas y culturales de acceso especialmente cuando se trate de pacientes que por sus condiciones físicas y en su gran mayoría por la pertenencia a grupos minoritarios de la población, encuentran obstáculos en la prestación oportuna y sin retrasos de las prestaciones.

De esta manera, las exclusiones del POS no representan *per se* una violación al principio de integralidad, pero en caso de ser requerida su prestación sí deben generarse

mecanismos legales de acceso oportuno incorporando las reglas jurisprudenciales para la prestación. En este sentido es importante resaltar que la Corte Constitucional ha señalado cuatro requisitos esenciales para acceder a servicios no incluidos en los Planes de Salud:

a. Que la falta en la prestación del servicio o suministro del medicamento amenace los derechos fundamentales de las personas.

b. Que el medicamento o procedimiento requerido no sea sustituible por uno que se encuentre incluido en el Plan Obligatorio de Salud.

c. Que el medicamento o procedimiento haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS a la que se encuentra afiliado el paciente. Este requisito sin embargo puede ser sustituido ante el cumplimiento del primer requisito, pues también es postura reiterada de la Corte que el juez puede ordenar más allá de lo establecido por el médico tratante siempre que compruebe la vulneración de derechos fundamentales.

d. Que el paciente no tenga la capacidad económica para sufragar el costo del medicamento o procedimiento excluido del Plan de Salud.

De esta manera, una de las formas de armonizar el principio de integralidad con las exclusiones previstas por el Plan Obligatorio de Salud, es incorporar estos principios constitucionales a los postulados legales, de manera que una vez se cumplan los requisitos anteriormente mencionados, las personas puedan acceder directamente a las prestaciones sin requerir la interposición de acciones de tutela futuras.

No obstante es importante resaltar que el POS cuenta con los estudios de suficiencia necesarios para garantizar la sostenibilidad fiscal de los beneficios, por lo que el rediseño estructural debe contener un presupuesto adicional que logre solventar los casos en que se requiera exceder las prestaciones incluidas en los planes de salud.

## 1.5 La taxatividad de un Plan de Beneficios en Salud: inclusiones y exclusiones para sujetos de especial protección

Entre los objetivos que se identifican al implementar un sistema de salud se encuentran los de i) mejorar el estado de salud de la población; ii) contribuir a la equidad social; iii) alcanzar la eficiencia macroeconómica; iv) aumentar la eficiencia de las operaciones; y, v) lograr la satisfacción del usuario[17]. Estos objetivos son por regla general los que se van a tener en cuenta al momento de implementar servicios de salud. En el caso de la Ley 100 de 1993, Colombia tomó la decisión política de incluir la participación de particulares en la administración de un servicio público, lo cual dirige la política hacia la eficiencia del sistema en la relación costo- beneficio que se halle en el sistema de salud, para lo cual era importante determinar las limitaciones de los servicios de salud por medio de planes de beneficios que fueran prestados a cambio de una prima de servicio.

La discusión sobre la implementación de este plan de beneficios se basó en el precepto constitucional que permitía la limitación de las prestaciones en materia de salud, teniendo en cuenta que el mismo era un principio de aplicación progresiva y que no tenía un carácter absoluto. Esto, basado en pronunciamientos internacionales en este sentido expuestos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas mediante la adopción de la Observación General No. 14 relativa al disfrute del más alto nivel de salud, en donde se señala que las medidas de restricción de derechos deben demostrar que son necesarias y que se adoptan después de haber agotado otras vías.

En este mismo sentido la Corte Constitucional ha manifestado que para la satisfacción plena del derecho a la salud se requieren decisiones políticas e inversión de recursos, por lo que la garantía absoluta requiere de medidas legislativas, políticas y administrativas

[17] CIESS. (2009). *Informe sobre seguridad social en América. Evaluación de las agencias y programas del servicio de salud.* Ciudad de México: CIESS

tendientes a lograr la efectividad del derecho[18]. Estas medidas se garantizan mediante la incursión progresiva de nuevas prestaciones en salud como lo es la adopción del reciente POS en el cual se incluyen prestaciones adicionales para determinados grupos poblacionales.

Aunque fue ampliamente discutido el tema sobre un estudio que eliminara las vagas inclusiones establecidas en el sistema de salud en ese momento, gracias a la presión política y a lo que se consideraron derechos adquiridos por parte de los usuarios, la implementación del POS del régimen contributivo obedeció a la adaptación de este Decreto de 1977[19].

Para adoptar el plan de beneficios del régimen subsidiado, se tomó como marco un programa llamado Empresas Solidarias de Salud (ESS), cuya idea era proveer un paquete de beneficios a las comunidades más pobres centrado en la prevención de enfermedades, atención médica y medicamentos esenciales así como laboratorio clínico, que, aunque se encontraba como un plan piloto, fue rápidamente incorporado al régimen subsidiado.

Uno de los estudios que se realizaron para la decisión sobre la implementación de los Planes Obligatorios de salud fue el Plan Maestro de Implantación de la Reforma, adelantado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, entre 1994 y 1995 cuyas recomendaciones se ejecutaron en el Programa Apoyo a la Reforma de Salud - PARS entre 1996 y 2007, quienes realizaron importantes aportes que habrían de ser tenidos en cuenta posteriormente al momento de decidir sobre los planes obligatorios de salud que se adoptarían en Colombia. Entre los interrogantes que debieron definirse se encontraban los de quién y qué debería ser cubierto, cómo se financiaría la reforma y cómo deberían prestarse los servicios.

Entre las consideraciones que debían tenerse en cuenta al momento de tomar la decisión política de un solo POS para toda la población, se encontraban los de definir factores como

---

[18] C-252 de 2010.

[19] TORRES CORREDOR, Hernando. *Sistema de seguridad social Salud. Legislación.* Ed. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2003.

la mortalidad, morbilidad, fallecimientos con relación a la edad y al sexo, las tasas de utilización de los servicios, la diferencia entre las regiones urbanas y rurales, los servicios ambulatorios, la tasa de ocupación de los hospitales y el flujo de recursos, entre otros, para así lograr basar el POS en criterios técnicos lejos de intervenciones políticas. Sin embargo este estudio, aunque fue realizado tras la expedición de la Ley 100 de 1993 ha tenido pocas modificaciones posteriores[20].

Los beneficios del POS fueron inicialmente desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 con el fin de cubrir la salud pública y los servicios clínicos basados en el perfil epidemiológico del país (patrones de morbilidad y mortalidad). Fue así como el POS estuvo concebido como un instrumento que podría generar una cobertura universal basado en un equitativo manejo de los recursos y la promoción de la solidaridad. Para que se lograra este propósito se estableció entonces la paridad entre los procedimientos e intervenciones y se planteó que el POS debía estar acorde con la tecnología disponible en el país.

Posteriormente el POS ha sufrido varias modificaciones en su reglamentación, que, aunque han intentado actualizar y aclarar los inconvenientes que han surgido en esta materia, no han sido suficientes para tener claridad sobre los contenidos del mismo. Un avance importante en esta materia y que constituyó un reconocimiento de los inconvenientes que a nivel institucional se presentaban fue la creación de la Comisión de Regulación en Salud (ya suprimida) establecida con la expedición de la Ley 1122 de 2007, órgano que se encargaría de actualizar el POS y definir el valor de la UPC cada dos años[21]. Posteriormente se expidió el Acuerdo 008 de 2009 con el cual se hizo un ejercicio más juicioso de definición y actualización de las prestaciones que se encontraban incluidas en el POS.

El panorama actual de los servicios de salud en materia del POS se encuentran principalmente en el acuerdo 027 de 2012 mediante el cual se unifica el POS del régimen

[20] YEPES, Francisco. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993.* Bogotá: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. ASSALUD en coedición con la Universidad del Rosario, Facultad de Economía y Mayol Ediciones S.A. p. 13 y ss.
[21] CISS (2011) *Health Systems Efficiency Indexes of the Americas.* CIESS. Ciudad de México

contributivo y el POS del régimen subsidiado por lo que para efectos de la investigación facilita un solo examen objetivo.

*Importancia de un POS*

Ante la inquietud que surge por la opción de determinar la importancia del POS y su incorporación en las políticas públicas de salud, vemos que desde la Constitución se planteó la posibilidad de delimitar las prestaciones que en materia de salud se realizarían. Un POS en principio es importante porque ayuda a delimitar y concretar el derecho a la salud intentando generar una balanza entre la defensa de los derechos fundamentales y el equilibrio financiero. De igual forma su adopción reduce el desequilibrio de información al permitir reglas claras y conocidas por todos. Sin embargo, gracias a los múltiples inconvenientes que ha presentado la implementación del POS en el país, se cuestiona incluso la legitimidad del mismo[22].

Como lo mencionábamos anteriormente, uno de los aspectos principales del modelo de salud impuesto tras la implementación de la Ley 100 es su dicotomía entre la sostenibilidad financiera y la equidad, por lo que existen varias teorías, entre ellas las del Banco Interamericano de Desarrollo que establecen que la defensa de los derechos humanos podría afectar gravemente la viabilidad económica del sistema por lo que una prestación sin límites sería insostenible y finalmente puede tornarse inequitativa por la calidad de los servicios que sean ofrecidos de acuerdo a la atención médica recibida[23]. Sin embargo, día tras día vemos que la implementación de sistemas que permiten la prestación de servicios No POS igual hace que el Estado tenga que pagar estos procedimientos que en principio no están incluidos dentro del Plan de Beneficios, lo cual, aunque tiende a desequilibrar económicamente el sistema, brinda los servicios de salud que se han considerado fundamentales en casos concretos con un grave efecto colateral tratándose de la inequidad, pues las prestaciones se restringen a aquellos que reclaman quedando expresamente excluidas hacia aquellos que no tienen acceso a la justicia o a los medios administrativos requeridos.

---

[22] PANOPOULOU, Giota (2009) *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México.* Cepal, Santiago de Chile.

[23] GLASSMAN, Amanda, ESCOBAR, María Luisa, GIUFFRIDA, Antonio y GIEDION, Úrsula. (2010). *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia.* Banco Interamericano de Desarrollo – The Brookings Institution

# 1.6 **Fundamentos en administración**

### 1.6.1. Conceptualización y teoría

La administración ha sido definida como la coordinación de elementos humanos, materiales, financieros y tecnológicos para el logro de los objetivos propuestos en una actividad determinada. Entre las utilidades prácticas de la administración, se encuentran las de optimizar resultados, mediante el uso eficiente de los recursos con los que se cuenta, a través de la asignación de funciones, desarrollo de procesos y el empleo adecuado de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros. La administración también contribuye al mejor desarrollo del clima organizacional al contribuir en la distribución de funciones, el liderazgo y el trabajo en equipo[24]. En este sentido, el aseguramiento en salud, con un estándar adecuado de administración de los recursos, facilitará la implementación de esquemas de salud hacia población vulnerable, contribuyendo a fortalecer algunos principios rectores como lo son la unidad, la eficiencia, la sostenibilidad financiera y la solidaridad.

La población con enfermedades catastróficas y de alto riesgo tiene una incidencia especial en lo concerniente a la administración de los recursos, pues si bien el principio de eficiencia establece que se deben procurar los mejores resultados posibles al menor costo asociado, esto, traducido en términos de salud, implica que se debe procurar la rehabilitación integral del paciente con los tratamientos adecuados, de manera que se optimicen los recursos. Resulta claro que en las enfermedades catastróficas no es posible lograr la rehabilitación integral del paciente y los costos asociados a los tratamientos son los más costosos dentro

[24] CHIAVENATO, Idalberto, "Introducción a la Teoría General de la Administración", McGraw-HiII, 2000.

del sistema, lo que hace indispensable generar un análisis más profundo sobre los sistemas de administración que deben utilizar.

Al respecto, resulta indispensable analizar teorías de la administración que han incidido en los esquemas modernos, con el fin de determinar los mejores esquemas a implementar. En un primer lugar, encontramos a Frederick Taylor quien, a partir del cientifismo aplicado a la administración, buscaba eliminar cualquier desperdicio y las pérdidas asociadas a la operación. Taylor realizó aportes fundamentales en la realización de tareas, capacitación a los trabajadores y motivación del equipo de trabajo, como un elemento fundamental para la división de las tareas y la eliminación en los riesgos asociados a las pérdidas. Taylor estableció cuatro principios de la administración:

1. Estudiar cada tarea.
2. La importancia de la calidad en los procesos de selección y capacitación adecuada del personal.
3. Se debe contar con un sistema de control adecuado, mediante la colaboración que preste el personal directivo a los trabajadores.
4. División del trabajo y responsabilidades entre trabajadores y administradores

Si bien basado en este esquema se garantiza la motivación del trabajador hacia el cumplimiento de sus metas y establecimiento de sus funciones a partir de cuotas de producción, se le critica a este modelo el no haber separado al obrero del modelo creativo sino haberlo sometido como apéndice de la máquina

Dentro de esta misma línea, Henry Ford, adaptando el método científico implementado por Taylor, creó la empresa Ford Motor Co., la cual aún hoy día es un referente en la forma de división del trabajo, y está fundada en tres principios rectores:

1. Uso eficiente de maquinaria y materia prima (garantizando los mejores resultados con los menores costos asociados).
2. Reducción de inventarios en proceso
3. Especialización de los operarios

Por su parte, Henry Fayol avanzó el concepto de la administración superando el taller y avanzando hacia un nuevo esquema de proceso administrativo basado en la previsión, organización, coordinación y control, fundamentado en la estructura organizacional con que deben contar las entidades a fin de ser eficientes. Fundamentado en la labor que deben ejercer los gerentes, Fayol sintetizó su teoría en 14 principios[25]:

1. División del trabajo

2. Autoridad y responsabilidad

3. Disciplina

4. Unidad de mando

5. Unidad de dirección

6. Interés general sobre el individual

7. Justa remuneración al personal

8. Delegación vs centralización

9. Jerarquías

10. Orden

11. Equidad

12. Estabilidad del personal

13. Iniciativas

14. Espíritu de equipo[26]

Aunado a esta teoría surgieron nuevas aplicaciones con incidencia principalmente en la psicología. Esta nueva escuela, denominada “psicología industrial”, fue liderada por Mary Parker Follet y Elton Mayo, quienes destacaron el recurso humano como el sustento de la

[25] DURAND Bautista, Silvia Adriana (2007). *Desarrollo del Pensamiento Administrativo*, UNAM, México
[26] íbid

organización. Este nuevo enfoque implica darle mayor importancia a los procesos comunicativos y a las expectativas y proyectos de los trabajadores dentro de una organización. La teoría de Mayo fue igualmente criticada por no tener un soporte científico suficiente que soportara las diferencias que se podían presentar entre diversas empresas.

Sin embargo, esta nueva teoría creó un vuelco en las nuevas posiciones frente a la administración empresarial, centralizando sus nuevas posturas en el recurso humano. El primer exponente de este nuevo interés en la administración fue Kurt Lewin quien estudió la atmósfera de grupos y los estilos de liderazgo, proponiendo por primera vez el término "cultura organizacional", debido a que la influencia grupal genera cambios al interior de los individuos.

Ya con un enfoque sociológico, se encuentran los valiosos aportes del estructuralismo, teoría que analiza la organización social en su conjunto y de la cual se pueden extraer esquemas para el análisis de la organización empresarial. Entre sus exponentes se encuentra Max Weber, Chester Barnard, Ralph Dahrendorf, Renate Mayntz y Amitai Etzioni. Parten estos autores de la estructura de la empresa a partir del dominio y la teoría del poder, analizando cómo se comportan los grupos sociales frente a la autoridad. Estas teorías volvieron sobre la importancia de las tareas y la relación entre los sujetos y las entidades, definidas estas como una estructura en su integridad[27].

Más adelante, y gracias a los aportes realizados por biólogo alemán Ludwin von Bertanlanffy, quien criticaba la visión fraccionada que se tenía del mundo, se implementó la teoría de los sistemas sociales que se interrelacionan y afectan mutuamente.

### 1.6.2. El proceso administrativo: esquema aplicado al modelo de salud en Colombia

El proceso administrativo está definido por cinco actividades principales: planeación, organización, integración, dirección y control.

[27] Íbid

**La actividad de planeación**: permite anticiparse al futuro mediante la formulación de objetivos y metas precisas, disminuyendo así el riesgo al fracaso mediante la administración racional y eficiente de los recursos con los que se cuenta[28]. Dentro del sistema de salud, esta actividad de planeación tiene dos elementos que hacen que su administración tome rasgos particulares diferentes a los de cualquier empresa: en primer lugar, la administración no solo depende del Estado o de los Entes Territoriales o de las empresas aseguradoras, pues si bien se pueden controlar los recursos hasta un punto, las afectaciones en salud pueden ser múltiples y cambiantes así como las tecnologías utilizadas, lo que hace más imprevisible en qué se va a asegurar. El segundo elemento tiene que ver con la financiación, pues si bien esta se puede presupuestar desde un principio, la misma no es estática al depender de las reformas tributarias que se realicen, el monto de los recaudos y la variación de factores como el aumento de la inflación, los precios del dólar y demás elementos externos que pueden hacer más costosos los gastos de la salud.

Así las cosas, esta actividad de planificación tiene una especial complejidad en materia de salud que debe ser ampliamente evaluada teniendo en cuenta que se trata de la protección de un derecho fundamental. En el diseño que se tiene bajo el esquema de la Ley 100 de 1993, la suficiencia de los recursos estaba dada por la relación UPC-POS, donde la primera era capaz de financiar todos los servicios incluidos en el POS; este POS, por su parte, contenía todos los tratamientos, medicamentos e insumos que eran necesarios para atender a la población de acuerdo a los índices de morbilidad y mortalidad que se presentaban para el año 1995. Aunque bajo un modelo de aseguramiento esto parece correcto, la actividad de planeación debe extenderse y renovarse en la medida en que las necesidades de la población van cambiando y tienen que asegurar la inserción de nuevas tecnologías y la atención de nuevas patologías a una sociedad igualmente cambiante.

---

[28] DURAND Bautista, Silvia Adriana (2007). "Organización", UNAM, México

DURAND Bautista, Silvia Adriana (2007). "Organización e integración", UNAM, México

Este desconocimiento de la actividad de planeación en el largo plazo se tradujo en el requerimiento de múltiples servicios excluidos del POS, rebasando el valor de la UPC, haciendo insostenible el servicio pero debiendo garantizar la totalidad de las coberturas por tratarse de un derecho fundamental.

Otro elemento fundamental en la actividad de planificación, es la consecución de metas y objetivos que dirijan el establecimiento de políticas y planes de acción bajo los cuales se guíe el modelo administrativo a implementar[29]. En su desarrollo, es primordial que participen todos los individuos interesados, por lo que la inclusión de los usuarios es indispensable para garantizar una buena planeación.

Así las cosas, la planificación del sistema bajo la Ley 100 de 1993 estaba fundamentado en la relación UPC-POS, brindando solidez al sistema de acuerdo con las necesidades de la población de ese entonces. Vemos entonces que de acuerdo a los principios de una buena planeación estratégica en la administración de recursos, este modelo no contó con los cambios que habría de sufrir la población, por lo que no se anticipó al futuro, quedando corto en su estructuración.

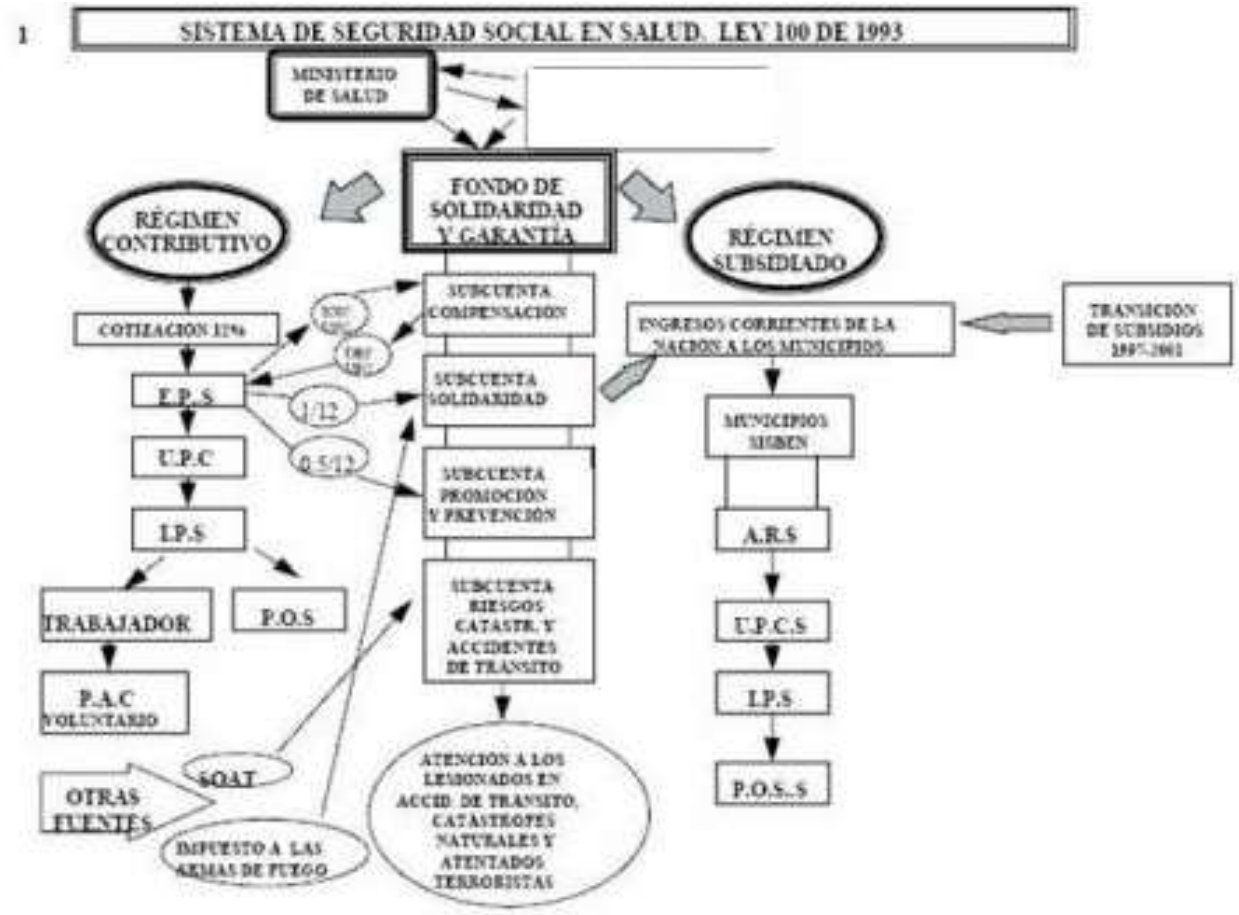
**La actividad de organización:** consiste en el diseño de la estructura y procesos de una empresa o institución, asignando los recursos y coordinando las actividades, a fin de asegurar la congruencia y eficiencia en su funcionamiento para el logro de los objetivos.

En materia de administración en salud, esta actividad de organización, entendida como un grupo jerárquico, toma una especial complejidad en tanto el sistema de salud comprende múltiples instituciones frente a las cuales no se puede establecer una única estructura organizacional. Para este punto, es importante organizar las partes dentro del sistema de manera funcional, de forma clara y estructurada, de manera que, independientemente de las formas que se quieran implementar en cada institución, se garantice un marco de seguridad administrativa de cara a los usuarios, de acuerdo a las instituciones responsables en cada caso en particular.

Actualmente el mapa cuenta con la siguiente organización:

[29] DURAND Bautista, Silvia Adriana (2007). "Planeación", UNAM, México

Figura 1. Mapa del sistema de seguridad social en salud en Colombia




Bajo este modelo de organización se pueden evidenciar tres grupos de instituciones de acuerdo con su responsabilidad frente al sistema: (i) las entidades encargadas de la administración, inspección, vigilancia y control, entre las cuales se encuentra el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud, el INVIMA y los Entes Territoriales (ii) las entidades encargadas del aseguramiento y de la administración de recursos de la salud, entre las cuales se encuentra el FOSYGA con las subcuentas correspondientes y las EPS tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo y (iii) las entidades encargadas de la prestación directa de los servicios como las IPS y las ESE.

Este modelo, bajo una estructura de responsabilidades claras y que no se extiendan hacia los usuarios, resulta en una organización eficiente que permite la división de funciones de

acuerdo a las instituciones involucradas y que concierne a todas las funciones que debe desarrollar un sistema de salud.

La problemática actual frente a la organización del sistema se encuentra en que hay otros actores involucrados que no están siendo considerados dentro de la estructura y que afectan de manera importante el marco de responsabilidades de las entidades, como es el caso de los jueces de tutela, quienes obligan a las entidades a prestar servicios por fuera del POS, sin que el sistema haya encontrado un modelo adecuado para su prestación y financiación eficiente.

**Proceso de integración:** consiste en obtener y articular los elementos materiales y humanos que la organización y la planeación señalan como necesarios para el adecuado funcionamiento de un organismo social. En esta integración participan recursos tanto financieros, tecnológicos, humanos como materiales.

Este proceso dentro del sistema de salud, supone principalmente la adopción de lineamientos bajo reglas y procedimientos, pues los demás elementos pueden ser definidos de manera diferenciada por cada entidad, siempre que atiendan las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, oportunidad y calidad en salud.

**Dirección:** dentro del sistema de salud, resulta pertinente entender la dirección como la conducción de acciones de las instituciones participantes para el logro de los objetivos en salud. Aunque el sistema de salud se encuentra descentralizado en su administración, es importante contar una unidad central de dirección que organice los lineamientos constitucionales y legales atendiendo que se trata de la protección de un derecho fundamental y por tal motivo su organización y estructura deben obedecer a los fines rectores de un Estado Social de Derecho.

Aspectos como la motivación y el liderazgo se tornan fundamentales al interior de las instituciones responsables de la prestación y garantía del derecho a la salud, sin que sean elementos relevantes dentro la estructuración misma del sistema al ostentar una única dirección el Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sistema de salud.

**Control:** según los Hermanos MaHugh, el control es la función que consiste en determinar si la organización avanza o no hacia sus metas, tomando medidas correctivas en caso

negativo. El control implica entonces estructurar todas las medidas para la consecución de objetivos precisos y tomar las medidas correctivas y preventivas pertinentes en caso en que no se cumpla con dichas metas[30].

El control toma una función especialmente relevante dentro del sistema de salud en Colombia ya que, al no ser el Estado quien presta directamente los servicios de salud, le corresponde una función exclusiva de control de especial relevancia e intromisión en los procesos propios de otras entidades e instituciones responsables dentro de las diferentes etapas de prestación de los servicios.

Los elementos de medición y comparación como parámetros estándares e indicadores deben ser especialmente medidos de manera diferenciada de acuerdo a las funciones asignadas a cada una de las instituciones que participan en la administración del sistema.

Entre las variables del control encontramos la calidad, la cantidad, el tiempo y el costo invertidos, todos los cuales deben optimizarse para tener un modelo eficiente en el uso de los recursos de la salud. De esta manera, no obstante ser un criterio general para la prestación de los servicios de salud, estos encuentran una especial incidencia en las personas de especial protección, ya que generalmente se tienen que invertir altas sumas de dinero, tiempo y cantidad de recursos humanos y tecnológicos, esperando solamente tratamientos paliativos más no la rehabilitación integral del paciente, por lo que los medios de control deben adaptarse a la prestación particular de servicios y no solamente a través de un criterio único y específico.

### 1.6.3. El mercado de los servicios de salud frente a sujetos de especial protección constitucional

El mercado ha sido definido como la organización social que realiza la labor de producción de los satisfactores que la gente demanda, al ser considerados los servicios de salud como

[30] DURAND Bautista, Silvia Adriana (2007) "Control", Facultad de Contaduría y Administración, UNAM, México.

un bien de consumo el mercado constituye un mecanismo para determinar lo que debe producirse, a qué precio y para qué[31].

Las fuentes de variación de este mercado se basan en que la enfermedad es un efecto estocástico en tanto la morbilidad y la estructura demográfica son cambiantes y muchas veces difícil de prever y por lo tanto de planificar bajo una estructura administrativa clásica. Inciden también aspectos como los determinantes de la oferta y la demanda al tratarse de un monopolio (por lo menos en lo que corresponde a sus lineamientos básicos) y ser indispensables los criterios de cobertura y acceso universal como principios rectores.

De igual forma, a diferencia de otros mercados, en materia de salud el oferente tiene mayor información del demandante, siendo este sometido a los procedimientos y tratamientos concedidos por el sistema que también se constituye como un monopolio en el cual intervienen diversos mercados relacionados. Una gran particularidad de este sistema de salud, entendido como mercado, es que el ingreso no se distribuye de forma equitativa al tratarse de impuestos parafiscales.

En este sentido, la relación entre el aporte realizado y los beneficios recibidos no siempre corresponde ni las prestaciones percibidas guardan relación con la utilidad reportada por determinado producto como sucede en un mercado perfecto. Esto cobra especial relevancia en pacientes con enfermedades catastróficas o de alto costo quienes, en razón de su patología no deben hacer aportes adicionales y sin embargo resultan más costosos para el sistema, sin que los bienes y servicios invertidos redunden necesariamente en su rehabilitación integral.

[31] Artells HJJ. 1989

# 2. APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD EN SALUD

## 2.1 Aplicación del principio de integralidad y su relación con la UPC

Como se ha señalado anteriormente, al responder el modelo de salud a un esquema de seguros, las prestaciones contempladas deben tener respaldo en una prima de seguro que en este caso de denomina UPC que es el valor ofrecido a las EPS a cambio de la prestación integral del POS. Esta UPC es definida por el Ministerio de Salud sin que las EPS puedan tener injerencia en su determinación promoviendo así la libre competencia.
La UPC tiene una relación directa con la garantía de la prestación del POS pues esta se define según el plan de beneficios contemplados. Es de anotar que aunque los Planes de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado fueron igualados mediante el acuerdo 26 de 2012, las UPC se mantienen diferenciadas, lo que evidencia que la relación entre la UPC y la prestación integral del POS tiene componentes adicionales más allá de la garantía abstracta de un paquete de servicios y que por lo tanto opera distinto que en el sector privado o comercial, siendo un criterio definitivo en la planeación y organización administrativa del sistema.

Uno de estos factores, consiste en el acceso efectivo que las personas tienen al sistema de salud, pues los obstáculos para la prestación del servicio, el acceso a la información, el acceso geográfico y económico de la población va a afectar de manera negativa esta relación POS- UPC y no la hace tan viable en términos de garantía de la prestación integral de los servicios.

De esta manera el pago de la UPC mas allá de su suficiencia o insuficiencia, discusión ampliamente extendida por parte de las EPS, no garantiza per se la prestación efectiva de los servicios de salud, y que por el contrario en materia de prestaciones de tipo social como son la garantía del derecho a la salud, el tener una prima de seguro suficiente no resuelve problemas de fondo como el bajo acceso de la población a los servicios de salud.

## 2.2 Consecuencias de la aplicación del principio de integralidad en el proceso de recobros ante el Fosyga

Este tema tiene relación directa con cómo se interpreta el POS y qué alcance se le da a las prestaciones que se encuentran incluidas. Así, si bien el POS tiene un anexo técnico que permitiría determinar claramente cuáles son las prestaciones incluidas y tiene una lista de prestaciones que por su naturaleza se encuentran excluidas, la interpretación extensiva a o restrictiva del POS que hagan las EPS y en general los actores del sistema, va a ser determinante en el proceso de recobros y por lo tanto en la falta de sostenibilidad de un sistema basado en un esquema de seguros que tiene que recurrir frecuentemente a un sistema de prestación público financiado con recursos estatales.

Este aspecto del principio de integralidad tiene que ver entonces con una forma de interpretación normativa que según como se adopte afecta la prestación integral y la somete al recobro que se pueda realizar ante el Fosyga. En esta medida, la Corte Constitucional ha tenido especial injerencia y ha tenido un papel de intervención relevante que ha significado incluso cambios normativos.

Teniendo en cuenta que muchas veces las prestaciones incluidas y excluidas del POS se contradicen pues incluyen el procedimiento mas no el insumo, ha generado una amplia gama de acciones de tutela, se constituye como el único medio para la prestación efectiva de los servicios de salud no incluidos en el POS.

Esta situación afecta en gran medida la organización e integración del sistema, afectando su eficiencia y haciendo inefectiva su administración en tanto no permite hacer la provisión de los bienes y servicios necesarios para garantizar la durabilidad de los recursos asignados al sistema.

## 2.3 Criterios para la adecuada prestación integral de los servicios de salud: la objetividad de la integralidad en sujetos de especial protección

En este punto se indagará sobre la posibilidad que existe de determinar el principio de integralidad como un derecho que se tiene de forma limitada y que contiene solamente ciertas prestaciones y es limitable en la medida que el sistema es solidario.

Como primera instancia, desde un análisis normativo se cuenta con que las prestaciones del POS se entienden de manera integral pero se tienen ciertas exclusiones determinantes para hacer el presente análisis: las cirugías estéticas y las complicaciones que de ellas se deriven, los tratamientos de tipo experimental, elementos ortopédicos y todo aquello que no esté expresamente mencionado en listado de Procedimientos, Medicamentos e insumos del POS.

En este sentido cabe anotar que más allá de la especificidad de los servicios incluidos en el POS, los mismos deben ser prestados en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna, especialmente cuando se trata de sujetos de especial protección. De estas condiciones dependerá entonces una mejor adherencia al tratamiento y con ello la efectividad del mismo evaluada desde la óptica propia de las necesidades que generan ciertas patologías.

Un segundo limitante tiene que ver con que este principio de integralidad es aplicable en las cuestiones que tengan incidencia directamente con la enfermedad, por lo que en su prestación no se deben tener incluidos tratamientos estéticos, experimentales o que no sean relevantes para la protección y prolongación de la vida de una persona con enfermedades catastróficas o de alto costo[32].

La conclusión a la que se pretende llegar en este punto es que si bien el hecho de que la enfermedad sea incurable, no puede representar un obstáculo para que el sistema de salud opere en pro de su protección, no pueden las personas de especial protección realizar

[32] ROMERO GONZÁLEZ ,Guido Mauricio. *Aspectos jurídicos relacionados con la infección por el VIH*. Revista de Nuestra Señora del Rosario. Vol. 87, no. 565 (Oct. 1994). -- p. 83-87

exigencias que exceden el marco de prestaciones requeridas de manera estricta para su curación y atención propia de su patología teniendo en cuenta las fases y la protección de la patología misma y sus secuelas, pues el sistema debe ser solidario con todos los habitantes del país.

# 3. Fuentes alternas para la prestación de servicios no POS: principales inconvenientes hacia la garantía del principio de eficiencia dentro del Plan Obligatorio de Salud

## 3.1 La acción de tutela y su rol en el cumplimiento del principio de integralidad para los sujetos de especial protección: incidencia frente al principio de eficiencia del sistema

Múltiple ha sido la jurisprudencia especialmente en sede de tutela sobre la protección de los derechos de la población vulnerable. En este sentido, se distinguen dos tipos de interpretación sobre la aplicación del principio de integralidad: el primero consistente en que las prestaciones de la población de especial protección deben prestarse en condiciones de igualdad con relación a otras enfermedades aunque solamente tenga efectos paliativos, caso en los cuales se ha autorizado la prestación por parte de la EPS del tratamiento o medicamento ordenado por el médico tratante[33].

Otro alcance que le ha dado la acción de tutela al principio de integralidad para esta población, es la obligación de las EPS de prestar todos los servicios requeridos por la persona de manera integral, y de esta manera evitar la interposición de acciones de tutela pues en caso de negación de servicios se puede acudir de manera inmediata a un incidente de desacato.

Esta negación de servicios tiene una relación directa con el alcance más o menos amplio que se le dé al principio de integralidad, pues esto puede conllevar al abuso del derecho

[33] INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. *Promoción y defensa del derecho a la igualdad, justicia, desarrollo y respeto para las personas que viven con VIH/SIDA / Instituto interamericano de Derechos Humanos.* San José de Costa Rica, 2003.

por parte de los usuarios, ya que si bien es cierto se trata de sujetos de especial protección constitucional, no se puede desconocer los principios de solidaridad y equidad del sistema de salud, por lo que de no ser expresamente necesario, se debe prescindir de todas aquellas prestaciones que deriven de obligaciones que no tengan sustento constitucional.

El rol de la acción de tutela en esta materia ha sido fundamental para poder prestar servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud pero que resultan fundamentales para la salvaguarda de los derechos de la población de especial protección constitucional. De esta manera las deficiencias del diseño del sistema de salud han sido sustituidas por acciones judiciales que en su exclusivo respaldo por la protección de los derechos fundamentales de las personas, no cuentan con el sustento de la UPC por lo que se afecta no solo la viabilidad financiera del sistema sino que se genera congestión judicial y se generan obligaciones a cargo de las EPS que en su condición de particulares no tienen la obligación de financiar[34].

Así las cosas, si bien a primera vista la solución para que el POS responda al principio de integralidad es la interposición de acciones de tutela, estas acciones no corresponden con el diseño inicial del sistema y afectan principios como la sostenibilidad fiscal, la solidaridad y la equidad en el sistema[35]. En el presente trabajo se buscará entonces la implementación de medidas legales y para la administración del sistema que eviten los efectos adversos de la acción de tutela que afectan todo el sistema judicial y de salud.

[34] QUINCHE RAMÍREZ, Manuel. *Derecho constitucional colombiano de la carta de 1991 y sus reformas.* Ed. Universidad del Rosario. Tercera Edición, Bogotá, 2009

[35] CONTRERAS BAUTISTA, Juan Darío. *Derecho y economía de la salud en Colombia.* Ediciones del Profesional, Bogotá, 2009.

## 3.2 El Comité Técnico Científico y su relación normativa con la naturaleza del POS: principales incoherencias dentro del sistema en cumplimiento del principio de integralidad

Este Comité fue creado exclusivamente para el tema de medicamentos, es decir, es un mecanismo legal creado mediante Resolución 5061 de 1997, diseñado de manera exclusiva para el otorgamiento de medicamentos que no se encontraban en el Plan Obligatorio de Salud. El título del presente subcapítulo se explica porque es un evidente reconocimiento de que el modelo de prestaciones limitadas no es sostenible cuando afecta un derecho fundamental como lo es la salud, por lo que es posible concluir que desde el año 1997 ha existido un reconocimiento tácito de las falencias del sistema taxativo de salud y que puede que existan prestaciones adicionales requeridas de manera urgente por los usuarios.

Así, la Resolución que crea estos comités (en adelante CTC), estableció ciertos criterios para la autorización de medicamentos por este medio mediante su artículo cuarto:

> **Artículo 4.- Criterios para la autorización:** El Comité deberá tener en cuenta para la autorización de los medicamentos no incluidos en el listado de medicamentos esenciales, los siguientes criterios:
>
> a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Listado de Medicamentos Esenciales, sólo podrá realizarse por el personal autorizado.
>
> b) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, el cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.
>
> c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas que éste consagra, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el listado. De lo anterior deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país.

e) Cuando se trate de la prescripción de medicamentos para atender enfermedades de alto costo en tratamientos hospitalarios o ambulatorios, estos deben ser asumidos por la entidad de aseguramiento con cargo al reaseguro de las mismas.

Como se puede concluir de la lectura del presente artículo, la Ley 100 en su diseño inicial no contempló los casos en que se requirieran medicamentos no incluidos que pudieran poner en riesgo la vida y la salud del paciente, por el contrario se basó en criterios económicos de suficiencia de la UPC olvidando con ello las condiciones especiales de los pacientes de alto costo.

Este decreto es entonces un reconocimiento de las fallas del diseño inicial del sistema, por lo que una Resolución terminó cuestionando todo un modelo legal y administrativo e incorporando elementos ajenos como lo son el recobro al Fosyga por prestaciones no incluidas en el POS que se esperaba fueran cubiertas por los usuarios, pero al haber avances en las enfermedades y en las tecnologías en salud y un POS desactualizado, estas prestaciones aprobadas mediante CTC se convirtieron en un común denominador que facilitó igualmente una cadena de corrupción frente a los altos recobros realizados ante el Fosyga. A esta situación habría que sumarle igualmente la falta de regulación que sufrieron los costos de los medicamentos durante el gobierno de Alvaro Uribe lo que ha sido determinante en toda la crisis actual de la salud.

# 4. Marco teórico

## 4.1 Límites y criterios de interpretación de la integralidad en salud

### 4.1.1 Definición y alcance del principio de integralidad en salud: construcción normativa y jurisprudencial

Para poder realizar una propuesta concreta que cumpla con los criterios de validez, legitimidad y eficacia es importante en primer lugar determinar las limitaciones con las que se realizaría la inclusión efectiva de los principios constitucionales en el diseño del sistema de salud y que afectan los derechos de las personas.

De esta manera, como se pudo evidenciar en el estado del arte desarrollado para el presente caso, es importante contar con un criterio objetivo de las prestaciones que cumpla con los principios de solidaridad y equidad del sistema, nos distanciaremos entonces en el presente trabajo de los criterios mediante los cuales se asume que las prestaciones integrales hacen referencia a todas las demandas presentadas por los usuarios en las condiciones por ellos sugeridas para inscribirnos en aquella teoría sobre la limitación de los derechos y la supeditación de la satisfacción de necesidades de ciertos grupos con respecto al resto de la población[36].

De esta manera el trabajo de grado busca determinar un marco de armonización normativa y administrativa que permita la integración del Plan Obligatorio de Salud con la garantía del principio de integralidad que se distancie de los modelos de aseguramiento acercándose a los principios constitucionales equilibrando tres elementos: en primer lugar las obligaciones limitadas que tienen las EPS en el sistema, los principios de solidaridad y equidad y en tercer lugar evitar el abuso del derecho de los usuarios de manera que se

[36] HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. *El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización.* Revista de Salud Pública Vol. 2, Universidad Nacional de Colombia, julio de 2002.

garantice una sostenibilidad económica del sistema, así como principios para su adecuada administración.

### 4.1.2 Principio de integralidad en salud y modelo público de salud

Las situaciones anteriores se ven agravadas si se tiene en cuenta a las personas que tienen una condición que los hace sujetos de especial protección constitucional y no cuentan con los recursos para pertenecer al Régimen Contributivo de Salud, pues en este caso se descarta por completo la posibilidad de conseguir los tratamientos necesarios que se encuentren por fuera del POS.

Esta situación la analizaremos entonces desde la perspectiva presentada en el Estado del Arte que expresa que la relación de la UPC con el POS contiene variables adicionales tales como el acceso restringido que tienen las personas del régimen subsidiado a todos los servicios de salud, distinguiéndose entre ellos las barreras geográficas, económicas y culturales.

Entre las barreras geográficas se encuentran las largas distancias para recorrer a los centros asistenciales, la marginación de la población de los grandes centros urbanos y las dificultades de desplazamiento sobre todo en el marco de población en situación de discapacidad. Entre las fronteras culturales se distinguen la poca información que se tiene acerca de la protección de sus derechos que guardaría relación con el poco acceso que tienen a la justicia y por ello la imposibilidad de conocer la tutela como un mecanismo idóneo para la protección de sus derechos. Esta amplia gama de problemáticas incluye también los deficientes mecanismos de prevención de enfermedades y de promoción de buenas prácticas en salud, aspectos a los que debería apuntar el sistema en aras de su eficiencia.

En este punto nos enfocaremos en las barreras económicas y culturales del sistema, pues en la medida en que las personas no cuenten con los medios de financiación se evidencia una grave desvinculación del POS de los panoramas reales al exigir el pago de las

prestaciones que se encuentran excluidas[37]. De esta manera resulta fundamental que el modelo administrativo se vuelque hacia la prevalencia de las personas de escasos recursos para la adopción de un modelo que permita superar las barreras culturales y económicas de acceso a los servicios de salud.

### 4.1.3 Unificación de los criterios de interpretación en la integralidad del derecho a la salud

Como se pudo evidenciar en el estado del arte, este principio tiene múltiples facetas que presentan diversos alcances afectando en mayor o menor medida según la óptica desde la que se observe. Una de ellas se trata de una visión amplia de las facultades del juez constitucional de ordenar prestaciones futuras e inciertas generando con ello un desconocimiento de las prestaciones establecidas por el médico tratante y generando una visión muy amplia de los sistemas de salud supeditando los requerimientos médicos a las sugerencias del paciente, afectando así la sostenibilidad económica del sistema y los principios de solidaridad y equidad.

En este sentido, se adoptará la tesis según la cual el principio de integralidad debe ser observado de acuerdo con los preceptos constitucionales pues la salud es un derecho fundamental. Sin embargo estos preceptos no se pueden extender hacia la protección absoluta de los requerimientos del paciente, pues esto genera una evidente inequidad con respecto a los alcances del fallo de acuerdo a la persona que interponga la acción. De esta manera será obligación de las EPS acoger el criterio de interpretación según el cual las prestaciones que se encuentren en el POS deben incluir todos aquellos elementos que hagan posible su prestación efectiva, de esta manera se evitarán los recobros excesivos.

De igual manera, al interpretar todos los actores del sistema el principio de integralidad como un derecho que debe ser suministrado pero que contiene unos límites que son el

[37] - GUERRERO C., Ramiro. (2008). *Financiación de la afiliación universal a la seguridad social en salud: lecciones aprendidas de Colombia.* En: Bienestar y Política Social. Vol. 4, Núm. 2.

fundamento del principio de solidaridad del mismo, se logrará un efecto positivo en materia de legitimidad de los nuevos alcances del POS.

## 4.2 Principio de integralidad y modelo de aseguramiento en salud

### 4.2.1 Modelo de recobros por servicios No POS: el problema semántico de las exclusiones que debe ser resuelto por un único órgano dentro del sistema

Uno de los principales problemas que se producen al establecer un recobro es determinar el elemento de la prestación que es recobrable en la medida que se encuentra excluido del POS. Así las cosas, el Plan Obligatorio de Salud no contempla en muchos casos unas prestaciones claras y exclusivas dando con ello lugar a diversas interpretaciones sobre su posibilidad de recobro[38].

Sin embargo, los diversos actores del sistema tienen opiniones diversas acerca de cómo determinar si una prestación está o no incluida en el POS, por lo que este trabajo busca proponer se establezca una interpretación uniforme en cuanto al criterio de inclusión, aspecto definitivo para organizar y planificar un sistema coherente y práctico que garantice la sostenibilidad financiera. No obstante por estar de por medio aspectos de mercado, e intereses diversos según el órgano de gobierno del que se trate, el órgano encargado de resolver las diferencias entre el Fosyga y las EPS debe ser el Ministerio de Salud pues es la entidad que conoce los alcances de la UPC y a la vez representa al Estado en materia de la protección de los intereses de los usuarios, siendo el ente central de la administración.

[38] MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL – REPÚBLICA DE COLOMBIA. (2006). *ABC del sistema de protección social. Deberes y derechos. Seguridad social y asistencia social. Guía de consulta para usuarios y comunidades.* Bogotá.

### 4.2.2 El pago del No POS por parte del Estado a las IPS: vía hacia un modelo público de salud y la eliminación de las EPS como intermediarias

En este punto es importante referirse a las obligaciones de las EPS en tanto aseguradoras del sistema, pues en un esquema público el asegurador es el Estado. Las obligaciones que en este sentido han sido establecidas para las EPS en el modelo de aseguramiento, se limitan a aquellas sustentadas en la UPC. Sin embargo, al contar ellas con la red de prestadores, para que se garanticen las prestaciones de salud, el sistema ha contado con el sistema de recobro, asunto que no estaba previsto en el modelo inicial y que por lo tanto representa una imposición adicional a un particular que no cuenta con estar inmerso en obligaciones que no están dentro del giro ordinario de sus negocios[39].

De esta manera la prestación directa del POS por parte de las EPS e IPS, si bien es una solución tendiente a mejorar las condiciones del contrato inicial, pondría a los usuarios en complicados trámites para la consecución de sus derechos fundamentales. Así las cosas, como ya lo ha adelantado el gobierno, el paso correcto es no permitir que las EPS interfieran en el flujo de recursos entre las IPS y el Fosyga. Sin embargo este punto tendrá que ser analizado de cara a la conveniencia de las IPS pues un cobro al estado tiene implicaciones que pueden no ser convenientes de cara a la sostenibilidad de las IPS.

### 4.2.3 Relación entre la UPC y la prestación integral de los servicios de salud en el modelo de aseguramiento: lineamientos hacia la garantía del acceso efectivo

En el aspecto legal, el principio de integralidad se encuentra consagrado en diferentes partes de la Ley 100 de 1993, en la que se define este principio como “La cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según

[39] BARRÓN, Jorge Meléndez y RODRÍGUEZ OREGGIA, Eduardo. (2004). *Informe sobre la seguridad social en américa 2003: evaluación de las reformas. Presentación.* En: *Revista Seguridad Social – Journal.*

su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley”

Como se puede observar, la misma definición establece las limitaciones de acuerdo con la capacidad económica por lo que el diseño del sistema evidencia una clara estratificación en este sentido. Igualmente la ley se pronuncia en otros apartes tales como en la prevalencia de derechos donde establece:

> “ (…)Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios”.

De igual manera su cumplimiento se evidencia en relación con otros principios tales como la calidad donde establece que “Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”.

Este principio también ha sido establecido como de doble vía pues implica no solo la prestación sino que en materia e autocuidado incide en el ámbito de los deberes de los usuarios tal como lo establece el artículo 160 de la ley 100 de 1993: “Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes: 1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

Con relación al Plan Obligatorio de Salud, la Ley ha establecido su relación con el principio de integralidad en su artículo 162:

> “El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá 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, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

> Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente Ley.
>
> Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables"

Por último, la Ley 100 estableció la integralidad como una obligación de las EPS según se indica en el artículo 178: ARTÍCULO " Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones: (…) 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

De igual manera, la jurisprudencia se ha pronunciado con respecto a la integridad en tanto su consagración legal tal como lo indicó la Corte mediante sentencia T- 179 de 2000, en la cual indica la existencia de la guía de atención integral, definida por el artículo 4° numeral 4 del decreto 1938 de 1994: "*Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de*

*vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo".*

La sentencia se manifiesta igualmente frente a la cobertura integral, la cual encuentra sustento en los siguientes apartes de Ley: *"Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley"*(artículo 2° de la ley 100 de 1993). Es más: el numeral 3° del artículo 153 ibídem habla de protección integral: **"***El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud".* A su vez, el literal c- del artículo 156 ibídem expresa que "*Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud"* (resaltado fuera de texto). Hay pues, en la ley 100 de 1993 y en los decretos que la reglamentan, mención expresa a la cobertura integral, a la atención básica, a la integralidad, a la protección integral, a la guía de atención integral y al plan integral. Atención integral, que se refiere a la rehabilitación y tratamiento, como las normas lo indican.

El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido. Esta situación de fraccionamiento del servicio tiene diversas manifestaciones en razón al interés que tiene la entidad responsable en eludir un costo que a su juicio no le corresponde asumir.

Igualmente, mediante sentencia T-760 de 2008 la Corte identifica las diferentes facetas del principio de integralidad principalmente mediante la identificación de las barreras que se presentan para que el servicio se presente en estas condiciones. Así las cosas la integralidad implica:

1. que el servicio se preste de manera completa y no de manera fraccionada o separada, de tal forma que una vez que se autorice una parte del procedimiento requerido se debe proceder a otorgar todos los servicios consecuentes para su adecuada finalización.

2. En la medida que exista algún medicamento o procedimiento incluido en el POS hay que entender que también se encuentran incluidos los implementos y demás servicios necesarios para lograr la recuperación de la salud.

3. La aplicación del principio sin embargo no implica la obligación del Estado de cubrir todas y cada una de las contigencias que puedan afectar la salud de las personas.

4. Desde el punto de vista del acceso, la Corte manifestó que en virtud del principio de integralidad hay que eliminar las barreras de acceso y que se deben prestar los servicios No POS de acuerdo con la necesidad que presente el paciente.

## 4.3 Integralidad en salud y “abuso moral” de los usuarios

### 4.3.1 Sujeción de los jueces de tutela a las limitaciones inherentes del derecho a la salud para la población de especial protección

Si bien como se ha señalado la acción de tutela ha sido fundamental en materia de garantizar los derechos de las personas y con ello dar un mayor alcance al POS en materia de prestar de manera integral los servicios de salud, estas prestaciones deben encontrar sus limitaciones en los principios de solidaridad, equidad y eficiencia.

De esta manera, si bien la jurisprudencia ha dado una protección especial a ciertos grupos de población (especialmente quienes padecen enfermedades catastróficas y de alto costo) ya que realmente tienen una condición vulnerable, no pueden olvidar los jueces de tutela la importancia del equilibrio no solo financiero sino prestacional del sistema, por lo que en una primera medida, ellos se encuentra supeditados a las prestaciones del POS por lo que

cualquier alteración tendrá que constituirse como una excepción basada en criterios médicos suficientes y determinando siempre la capacidad económica del sujeto por razones de equidad con los demás usuarios del sistema.

En este punto nos basaremos en teorías positivistas sobre el alcance de las decisiones judiciales que se alternarán con posiciones constitucionales acerca de su importancia y el alcance de su rol en el equilibrio de la totalidad del sistema.

### 4.3.2 La participación de las personas de especial protección constitucional: un elemento fundamental para el establecimiento del POS como un factor relevante en la garantía del principio de integralidad

Uno de los elementos que son indispensables para que un nuevo modelo pueda surgir es la legitimidad del mismo, la cual solo se obtiene por medios democráticos de participación de la sociedad especialmente de aquella que se encuentra involucrada y afectada directamente en sus derechos.

Así, para que el POS pueda convertirse en un instrumento efectivo en la prestación de los servicios integrales de salud resulta fundamental la participación directa de las comunidades afectadas, ya que solo con su participación se pueden conocer las necesidades médicas y psicológicas que requieren en virtud de su enfermedad[40].

Este último punto pretende entonces virar no solo hacia la legitimidad de la norma sino hacia la eficacia de un nuevo consenso que incluya responsabilidades para todos los actores involucrados y que comprometa a esta población no solo a la prevención de futuros contagios sino al seguimiento estricto de los tratamientos otorgados.

[40] LARRAÍN, Soledad. P*articipación ciudadana y salud,* Ed. Unicef, Santiago de Chile, 2001.

# 5. Conclusiones

El modelo de aseguramiento en salud implica una serie de exigencias para la garantía integral de este derecho fundamental. Así las cosas, un principio como el de integralidad establece las prestaciones, beneficios y derechos a que se debe tener acceso así como las condiciones de los mismos.

Un modelo administrativo adecuado debe entonces velar por la garantía de los derechos sin dejar de lado la eficiencia y sostenibilidad económica del sistema, los cuales garantizarán más y mejores resultados a largo plazo. Si bien resulta complejo aplicar de manera específica los criterios de planeación, organización, integración y control, esenciales dentro de todo modelo administrativo, resulta fundamental organizar el sistema como un todo y ver, a partir de la diferenciación de funciones de acuerdo al mapa institucional actual, cómo alinear los criterios de eficiencia con la garantía del principio de integralidad sin que el mismo desborde los recursos que se tienen para la salud en el país.

En este sentido, aspectos como la continuidad, oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, redes y prestación de servicios de salud son aspectos esenciales para poder establecer los lineamientos del principio de integralidad.

Resulta entonces evidente que los procedimientos, medicamentos e insumos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud POS si bien establecen el cubrimiento de ciertas contingencias según los niveles de riesgo de la población, no por encontrarse en la lista garantizan per se el cumplimiento del principio de integralidad, pues deben articularse con las condiciones y servicios requeridos para que se pueda establecer este cumplimiento.

Es importante resaltar entonces que si bien el POS no puede traducirse en el principio de integralidad, las inclusiones que se realicen a la lista generan una puerta de entrada hacia la garantía de los derechos de las personas. Es decir, por el hecho de que un determinado procedimiento se encuentre en el POS esto no garantiza que las prestaciones se realicen, pero sí puede facilitar los procedimientos para la garantía del derecho a la salud.

En este sentido entran a operar los inconvenientes del modelo como lo son las discusiones sobre la suficiencia de la UPC, el procedimiento de recobros ante el Fosyga, la

implementación de nuevos esquemas de recobro como lo son el CTC y demás procedimientos que lejos de garantizar un trato digno hacia el paciente tienden a someterlo a trámites adicionales y a utilizar la acción de tutela para la garantía de los derechos.

Estos procedimientos y el complejo modelo de salud imperante imponen al paciente cargas adicionales en los cuales pueden existir actuaciones que desvían los fines mismos del sistema como el abuso del derecho por parte de algunos pacientes que pueden ser determinantes para el correcto uso de los recursos en salud.

La migración hacia un nuevo modelo administrativo no es fácil, pero debe tener en cuenta los determinantes del sistema de salud en tanto su organización institucional, de cara a garantizar el derecho fundamental en su integridad.

# Bibliografía

ACOSTA, Olga Lucía, RAMÍREZ, Manuel y CAÑÓN, Carlos Iván - FACULTAD DE ECONOMÍA – UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. (2005). *La viabilidad del sistema de salud. Qué dicen los estudios.* Fundación Corona – Universidad del Rosario, Bogotá.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, *La estrategia promocional de la calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud,* Bogotá, 2006.

ARBELÁEZ RUDAS, Mónica. (2006). *Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* IDP, CINEP, COLCIENCIAS. Bogotá, 2006.

ARDILA ARDILA, Henry. La alternativa de vivir con el VIH / SIDA : guía básica de autocuidado para personas viviendo con VIH o con SIDA, Bogotá : Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, 1993.

BARRÓN, Jorge Meléndez y RODRÍGUEZ OREGGIA, Eduardo. (2004). *Informe sobre la seguridad social en américa 2003: evaluación de las reformas. Presentación.* En: *Revista Seguridad Social – Journal.* http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/2014/es/informe_completo_2014.pdf consultado el 10 de marzo de 2013.

BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto. *Fundamentos de salud pública.* Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas, Segunda edición, Medellín, 2005.

BUCCI, Serena. *Derechos humanos: infección por VIH Sida.* Defensoría del pueblo, Bogotá, 2008.

CASTAÑO YEPES, Ramón Abel. *Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del pos y/o de la UPC.* Fundación Corona, Bogotá, 2004.

CENDEX – PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. *Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia Seis estudios de caso.* Fundación Corona y Fundación Ford, Bogotá, 1999.

CHIAVENATO, Idalberto, "Introducción a la Teoría General de la Administración", McGraw-HiII, 2000.

CIESS. *Informe sobre Seguridad Social en América 2008. Organización y administración de los sistemas de salud.* Ciudad de México, 2008.

COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES). *Qué quieren y qué no quieren los colombianos en el POS.* En http://www.pos.gov.co/Paginas/Resultadosdelaconsulta.aspx consultado el 19 de marzo de 2012.

CONFERENCIA DE CONCENSO. Aspectos éticos legales y sociales del VIH SIDA en Colombia: documento de actualización. Bogotá, 1995.

CONTRERAS BAUTISTA, Juan Darío. *Derecho y economía de la salud en Colombia.* Ediciones del Profesional, Bogotá, 2009.

CURREA – LUGO, Víctor. (2003). *El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones.* ILSA, Bogotá.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud.* Bogotá, 2009.

DUEÑAS ORTIZ, Óscar José. *Intinerario de la Jurisprudencia Colombiana de control constitucional como mecanismo de protección de derechos humanos.* Ed. Universidad del Rosario, 2009.

DURAND Bautista, Silvia Adriana (2007). *Desarrollo del Pensamiento Administrativo*, UNAM, México

ESTÉBANES, Pilar. *Exclusión social y salud. Balance y perspectivas.* Ed. Icaria Editorial S.A., Barcelona, 2002. p. 14 y ss.

FACULTAD DE ECONOMÍA – UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. (2005). *Equidad en el financiamiento del SGSSS.* Fundación Corona, Bogotá.

FLOREZ, Carmen Elisa. (2002). *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años.* Fundación Corona y Fundación Ford, Bogotá.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. *Trámite integral de recobros por tecnologías en salud no previstas en el Plan Obligatorio de Salud.* 2012

GIDEDION, Úrsula. *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México.* Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2009.p. 18 y ss.

GIEDION, Úrsula. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud.* Ed. Fedesarrollo, Fundación Corona, Fundación Antonio restrepo Barco, 1996.

GIL, Piédrola. *Medicina preventiva y salud pública.* Ed. Masson S.A. Décima Edición, Barcelona, 2002.

GLASSMAN, Amanda, ESCOBAR, María Luisa, GIUFFRIDA, Antonio y GIEDION, Úrsula. (2010). *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia.* Banco Interamericano de Desarrollo – The Brookings Institution.

GUERRERO C., Ramiro. (2008). *Financiación de la afiliación universal a la seguridad social en salud: lecciones aprendidas de Colombia.* En: Bienestar y Política Social. Vol. 4, Núm. 2.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. *El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización.* Revista de Salud Pública Vol. 2, Universidad Nacional de Colombia, julio de 2002.

HERNÁNDEZ y Rodríguez, Sergio, “Administración: Pensamiento, Procedimiento, Estrategia y Vanguardia”, McGraw-HiII, México, 2002.

HERNÁNDEZ y Rodríguez, Sergio, *Introducción a la Administración*, McGraw-HiII, México,

KOONTZ y O'Donnell, *Curso de Administración Moderna*, McGraw-HiII, México, 1985

JARAMILLO PÉREZ, Iván. (1999). *El futuro de la salud en Colombia Ley 100 de 1993 cinco años después*. Fundación para la Educación Superior FES. Bogotá.

KOONTZ Harold, Weihrich Heinz. *Administración, una perspectiva global*.

LARRAÍN, Soledad. P*articipación ciudadana y salud,* Ed. Unicef, Santiago de Chile, 2001.

LONDOÑO TORO, Beatriz. *Justiciabilidad de los derechos colectivos. Balance de la Ley de acciones Populares y de grupo (Ley 472 de 1998) en sus primeros 10 años 1998-2008.* Ed. Universidad del Rosario, Bogotá, 2008.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Estudio de la suficiencia de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011. Informe a la Comisión de regulación en Salud CRES.* Bogotá, 2010.

MINISTERIO DE SALUD. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Ed. Horizonte impresores, 1996.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. El VIH/SIDA y los derechos humanos directrices internacionales / Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Ginebra, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hacer frente al SIDA : prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Washington, 1998.

OROZCO AFRICANO, Julio Mario. *Los costos del Plan Oligatorio de Salud Subsidiado en Colombia.* Ed. Centro de Investigaciones y estudios Avanzados Gestarsalud, Bogotá, julio de 2006.

OROZCO AFRICANO, Julio Mario. *Por qué reformar la reforma.* Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006/jmo/ consultado el 10 de abril de 2013.

PANOPOULOU, Giota. *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México.* Cepal, Santiago de Chile, 2009.

PRIEGO ÁLVAREZ, Heberto. *El mercado de los servicios de salud. Mitos y realidades en la mercadotecnia de los servicios de salud.* Ed. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2003.

QUINCHE RAMÍREZ, Manuel. *Derecho constitucional colombiano de la carta de 1991 y sus reformas.* Ed. Universidad del Rosario. Tercera Edición, Bogotá, 2009.

QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia. *La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables.* Siglo del Hombre, Bogotá, 2011.

RINCÓN ARDILA, Zoraida. *El derecho a la salud en sede de tutela. Balance y perspectivas de la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana.* Ed. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, 2009.

ROBBINS Sthepen, Coulter Mary. *Administración.*

RODRÍGUEZ, Óscar. P*ropuesta metodológica para hacer un análisis de economía política de la ley 100 de 1993.* Documento electrónico en http://www.docstoc.com/docs/3178040/PROPUESTA-METODOLOGICA-PARA-HACER-UN-ANALISIS-DE-ECONOMIA-POLITICA-DE consultado el 08 de abril de 2013.

ROMERO GONZÁLEZ, Guido Mauricio. *Aspectos jurídicos relacionados con la infección por el VIH*. Revista de Nuestra Señora del Rosario. Vol. 87, no. 565 (Oct. 1994). -- p. 83-87

STONER, James A F., *Administración*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, (6ª ed.),1996

TORRES CORREDOR, Hernando. *Sistema de seguridad social Salud. Legislación.* Ed. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2003.

VÁSQUEZ, Javier. *El derecho a la salud. Vínculos entre derechos humanos, salud pública y bienestar individual.* p. 227. En http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/iidh/cont/40/pr/pr14.pdf consultado el 15 de marzo de 2012.

VEGA, William. *Los servicios No Pos y las Sentencias.* En: www.consultorsalud.com/index.php?option=com...task*...* Consultado el 16 de marzo de 2012.

VILLAFRADEZ LOZANO, Elsa. *Diseño de un sistema de autocuidado en salud con base en atención primaria.* Ed. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 1989.

YEPES, Francisco. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993.* Bogotá: centro internacional de investigaciones para el desarrollo. ASSALUD en coedición con la Universidad del Rosario, facultad de economía y Mayol Ediciones S.A.

## Jurisprudencia

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 465 del 23 de julio de 2013. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 195 del 23 de marzo de 2010. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1113 de 2008 del 7 de noviembre de 2008. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-179 de 24 de febrero de 2000. M.P. Alejandro Martinez Caballero.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-583 de 30 de julio de 2007. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-179 14 de febrero de 2001. M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1081 de 13 de diciembre de 2007. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-924 de 2 de diciembre de 2011. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-481 de 13 de junio de 2011. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-699 de 10 de julio de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-133 de 7 de febrero de 2001 M.P. Carlos Gaviria Díaz.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-674 de 28 de junio de 2001. M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-111 de 13 de febrero de 2003. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-319 de 24 de abril de 2003. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-136 de 19 de febrero de 2004. M.P. Manuel Jose Cepeda Espinosa.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 31 de julio de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-719 de 7 de julio de 2005. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-905 de 1 de septiembre de 2005. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-062 de 2 de febrero de 2006. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-282 de 6 de abril de 2006. M.P. Alfredo Beltran Sierra.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-492 de28 de junio de 2007. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 597 de 3 de agosto de 2007. M.P. Jaime Córdoba Triviño.