



SERIE DERECHOS DE LOS USUARIOS EN SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL

11. DERECHOS EN SALUD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

Todo lo que usted debe saber sobre los derechos
y las normas que protegen a los pacientes con
cáncer en materia de salud



Defensoría
del Pueblo
COLOMBIA



**Defensoría
del Pueblo**
COLOMBIA

SERIE DERECHOS DE LOS USUARIOS EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

11 ●

DERECHOS EN SALUD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

.....
Todo lo que usted debe saber sobre los derechos y las normas que protegen a los pacientes con cáncer en materia de salud

El presente texto se realizó con el apoyo de la Liga Colombiana contra el Cáncer y se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, siempre que se cite la fuente.

Defensoría del Pueblo

Calle 55 No. 10-32
A.A. 24299 Bogotá, D. C.
Tel: 314 73 00 - 314 40 00
www.defensoria.gov.co

ISBN: 978-958-8895-03-1

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Jorge Armando Otálora Gómez
Defensor del Pueblo

Esiquio Manuel Sánchez Herrera
Vicedefensor del Pueblo

Alfonso Cajiao Cabrera
Secretario General

Norberto Acosta Rubio

Delegado para la Salud, la Seguridad Social y la Discapacidad

EQUIPO INVESTIGADOR

Alexandra Orjuela Guerrero

Médica, especialista en salud familiar y en seguridad social

Lyda Mariana González Lizarazo

Abogada, especialista en derecho público y en seguridad social

John Alberto Marulanda Restrepo

Médico, especialista en medicina nuclear y magister en economía de la salud

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, siempre que se cite la fuente. Se prohíbe la venta al público.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
PACIENTES CON CÁNCER	13
Capítulo 1	
PACIENTES CON CÁNCER EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	14
Los pacientes con diagnóstico de cáncer tienen derecho a:.....	15
Capítulo 2	
PACIENTES CON CÁNCER EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	19
1. ¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud?	20
2. Normas que regulan el POS.....	21
3. ¿Qué incluye el POS para los pacientes con enfermedad de cáncer?	22

Capítulo 3

PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DE CÁNCER

EN COLOMBIA. PERIODO 2012-202124

1. ¿En qué consiste el Plan Decenal para el Control Integral del Cáncer?25
2. ¿Qué objetivos tiene el Plan?.....25
3. ¿Qué líneas estratégicas orienta el Plan?.....26
4. ¿Cuál es el contenido del Plan?27
5. ¿Cómo se realiza la evaluación y seguimiento del plan?.....27
6. ¿Quiénes son responsables de la ejecución del Plan?.....28

Capítulo 4

ACCIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL

CÁNCER EN COLOMBIA – LEY 1384 DE 201029

1. ¿Cómo se garantiza la atención integral de los pacientes con diagnóstico de cáncer?30
2. ¿Quiénes deben garantizar las acciones de promoción y prevención para el control del cáncer?31
3. ¿Cómo se deben prestar los servicios oncológicos?31

4. ¿Cuáles son los criterios de operación de las unidades funcionales?	32
5. ¿Cuáles son los criterios de atención en lugares aislados del país?	32
6. ¿Qué objetivo tiene la Red Nacional de Cáncer?	33
7. ¿En qué consiste el servicio de Apoyo Social?	33
8. ¿Qué es el Observatorio Epidemiológico del Cáncer?.....	33
9. ¿Quién ejerce la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de los derechos de los pacientes con diagnóstico de cáncer?	34

Capítulo 5

CÁNCER INFANTIL LEY 1388 DE 2010	35
1. ¿Qué persigue esta ley?.....	36
2. ¿Quiénes son beneficiarios de esta ley?	37
3. ¿Cuál es el procedimiento a seguir por parte del médico tratante cuando presuma la existencia de cáncer o de las patologías mencionadas?.....	38
4. ¿En qué consiste el modelo de atención integral?	38

5. ¿Dónde se prestarán los servicios que se requieren para la atención integral?	38
6. ¿Cómo se garantiza la atención de estos menores?	39
7. ¿Deben los menores de edad pagar periodos de carencia, copagos o cuotas moderadoras?	40
8. ¿Qué requisitos deben tener las IPS que atiendan a los menores de edad con cáncer?	40
9. ¿Cómo se garantiza el diagnóstico oportuno?	41
10. ¿En qué consiste el derecho a recibir servicios de apoyo social?	41

Capítulo 6

RUTA DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON PRESUNCIÓN

O DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INFANTIL	42
1. ¿Cuál es el objetivo de la ruta?	43
2. ¿Qué determina la ruta?	44
3. ¿Qué pasa si no se cumple con lo establecido en la ruta?	44

Capítulo 7

CIRCULAR 04 DE 2014	46
----------------------------------	----

Capítulo 8

OTRAS NORMAS	50
1. DECRETO 1683 DE 2013.....	51
2. RESOLUCIÓN 247 DE 2014.....	55
3. RESOLUCIÓN 1419 DE 2013	58
4. RESOLUCIÓN 1442 DE 2013	58
5. RESOLUCIÓN 1440 DE 2013	59
6. RESOLUCIÓN 1552 DE 2013	61
7. RESOLUCIÓN 2590 DE 2012	62
8. RESOLUCIÓN 4504 DE 2012	66
9. RESOLUCIÓN 4331 DE 2012	66

Capítulo 9

JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL	67
1. El Derecho fundamental a la salud y su especial protección en personas con cáncer.....	68
2. Enfermedades catastróficas o ruinosas- Exoneración de copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o pago de porcentaje.....	70

Capítulo 10

¿QUÉ HACER?	72
1. ¿Qué hacer si a los pacientes con cáncer se les niega la autorización para una cita médica, procedimiento, tratamiento, cirugía o un medicamento que se encuentra en el POS?	73
2. ¿Qué hacer si estando afiliado al sistema, el procedimiento, tratamiento o cirugía no se encuentra en el plan obligatorio de salud?.....	74
3. ¿Qué hacer en el caso de los pacientes que no se encuentran afiliados a ningún sistema de aseguramiento y es necesario atender su estado de salud?	74
4. ¿Qué hacer si un hospital, clínica o cualquier centro que preste servicios médicos le niega la atención a un paciente con cáncer?	75

Capítulo 11

DEBERES	76
1. Deberes del estado.....	77
2. Deberes de la familia	78
3. Deberes de los pacientes.....	79

Capítulo 12	
RECUERDE QUE...	81
Capítulo 13	
TENGA EN CUENTA QUE...	84
Capítulo 14	
GLOSARIO	86
1. Atención integral.....	87
2. Accesibilidad	88
3. Disponibilidad	89
4. Oportunidad	89
5. Continuidad.....	90
6. Aceptabilidad	90
7. Calidad	91
Capítulo 15	
ANEXOS	92
1. FORMULARIO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS	93
2. MODELO DE CARTA DE NEGACIÓN DE SERVICIOS	96
3. MODELO DE TUTELA	98

INTRODUCCIÓN

La Defensoría del Pueblo, en su labor de divulgación y promoción de los derechos humanos, específicamente en lo concerniente al derecho a la salud, continúa elaborando y actualizando una serie de instrumentos de información que orientan a los usuarios para conocer sus derechos en salud.

La jurisprudencia Constitucional ha sostenido reiteradamente que el ser humano necesita determinados niveles de salud que le permitan desarrollarse en sociedad, por lo que al surgir alguna anomalía que afecte estos niveles, como una enfermedad grave, se le debe brindar la atención de manera oportuna para que no peligre su dignidad personal, pueda recuperarse, y recibir curación o alivio a sus dolencias, de tal manera que se le permita vivir con dignidad. Por ello, hoy en día está reconocido ampliamente la fundamentalidad del derecho a la salud, no solo en la Constitución y en la normatividad vigente, sino también en el bloque de constitucionalidad, cuyo único fin reside en proteger la vida en condiciones dignas, sin discriminar la persona que lo requiera.

Por este motivo, la Defensoría del Pueblo hace entrega de la undécima cartilla de la serie de derechos y deberes en salud, dedicada a la descripción de los derechos que tienen los pacientes con cáncer a la luz de la actual normatividad nacional, de la jurisprudencia constitucional y de los tratados internacionales adoptados por Colombia.

Esta cartilla incluye normas y jurisprudencia vigentes hasta agosto de 2014.

La Defensoría del Pueblo considera que con este documento los pacientes y sus familias pueden exigir de las entidades de aseguramiento e instituciones prestadoras de salud los derechos en materia de salud que tienen todos los usuarios que padecen cáncer, así como el de cumplir con los deberes que el sistema también les exige.

PACIENTES CON CÁNCER

El cáncer consiste en el desarrollo de células anormales que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo. Las células normales se dividen y mueren durante un tiempo programado, en tanto que las células cancerosas no mueren y se dividen casi sin límite, convirtiéndose en masas llamadas tumores, que al expandirse, destruyen los tejidos normales.

El cáncer se diagnostica cuando empiezan apariciones, bien sea de tumores, bultos que crecen rápidamente, tos, ronqueras persistentes, sangrados digestivos, etc, que hacen que las personas acudan a los médicos, que –en primera medida – realizan una exploración física, según la cual, ordenan la realización de exámenes clínicos y de laboratorio, con la finalidad de confirmar o no el diagnóstico.

CAPÍTULO 1

.....

PACIENTES CON CÁNCER EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Es de anotar, que para la obtención del diagnóstico certero, resulta necesario realizar una biopsia, que debe ser examinada por el patólogo, para determinar la presencia y característica de la lesión cancerosa.

Los pacientes con diagnóstico de cáncer tienen derecho a:

Una atención integral que incluye la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la recuperación de la salud de las personas. Comprende todo el cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados, así como todo otro componente que los médicos tratantes valoren como necesario para el restablecimiento de la salud. Además del fortalecimiento de los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social.

Tener accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de la enfermedad.

Recibir atención en instituciones de salud que cumplan con todas las condiciones y la infraestructura adecuada para la atención integral de la enfermedad.

A que las autoridades del sector salud, de orden nacional y territorial, ejerzan mayor vigilancia y control, con el fin de que se garantice la atención integral del cáncer, especialmente en los niños.

A acceder a programas de prevención, a través de programas como la vacunación gratuita para las niñas escolarizadas, en el caso del virus del papiloma humano (VPH), a campañas para control del consumo de tabaco y alcohol y al fomento de actividades físicas y consumo de alimentos saludables.

En caso de niños con cáncer, a una atención especializada de la enfermedad, que garantice su atención en instituciones de salud de alta complejidad, disminuyendo la necesidad de traslados durante el tratamiento.

A que la expedición de autorizaciones sea dada por una única vez por parte de la EPS, para la totalidad del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, formulado por el médico tratante cuando exista una guía o protocolo de manejo unificado.

En los casos en que no existan guías o protocolos unificados, la entidad de aseguramiento generará una autorización que cubra estos tratamientos por al menos 6 meses.

A que se les brinden los servicios de apoyo social, como hogares de paso, para el alojamiento de las personas menores de 18 años con diagnóstico en estudio o confirmado de cáncer y su acompañante.

A que las entidades de aseguramiento entreguen los medicamentos ordenados por el médico tratante de manera completa e inmediata. De no cumplirse con estas condiciones, la EPS respectiva deberá enviarlos a su domicilio en un lapso no superior a 48 horas.

A que no hayan barreras de acceso y trámites administrativos para mejorar la atención de los pacientes oncológicos, evitando traslados y desplazamiento innecesarios.

Que les autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna. En caso de que no estén incluidos, pero sean ordenado por el médico tratante, también se les deben autorizar.

Recibir por escrito las razones por las que se niega el servicio de salud.

Que en caso de urgencia, sean atendidos de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.

Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.

Elegir libremente a la entidad de aseguramiento (EPS), a la Institución Prestadora de Salud (IPS) y al profesional de la salud, dentro de la red disponible.

Que como cotizantes les paguen las licencias y las incapacidades médicas.

A no pagar copagos, por ser el cáncer una enfermedad de alto costo.

Recibir un trato digno sin discriminación alguna.

Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.

Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo a su red de prestadores.

Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica.

Ser incluido en estudios de investigación científica, sólo si lo autoriza.

Que se respete su voluntad de donar o no sus órganos.

Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.

CAPÍTULO 2



PACIENTES CON CÁNCER EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

1. ¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud?

Es el conjunto de servicios para la atención en salud a los que los afiliados tienen derecho por pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cubre un listado determinado de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, con el fin de proteger la salud, prevenir, curar y paliar las enfermedades tanto al afiliado como a su grupo familiar. De igual manera, contempla el reconocimiento de prestaciones económicas para los afiliados cotizantes del régimen contributivo en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general.

2. Normas que regulan el POS.

La Comisión de Regulación en Salud -CRES-, ya liquidada, como entidad encargada de definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud -POS-, en cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008, expidió los siguientes acuerdos, que aún están vigentes: Acuerdo 04 de 2009, *“Por el cual se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 en la unificación POS de niños y niñas hasta los 12 años”*; Acuerdo 011 de 2010, *“ Por el cual se da cumplimiento al Auto 342 de la honorable Corte Constitucional en la unificación POS de niños y niñas hasta los 18 años”*; Acuerdo 031 de 2012 expedido por la CRES, *“Por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenidos en el Acuerdo 29 de 2011”*; Acuerdo 032 de 2012 expedido por la CRES, *“Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado con los cuales unificó los planes de beneficios en salud”*.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que asumió las funciones de la CRES, ha emitido la Resolución 5521 de 2013 *“Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud POS”*.

3. ¿Qué incluye el POS para los pacientes con enfermedad de cáncer?

La Resolución 5521 de 2013 contempla en sus tres (3) anexos, los tratamientos de quimio y radioterapia, los exámenes paraclínicos, las imágenes diagnósticas y los medicamentos. De forma explícita, indica la atención para los pacientes con cáncer dentro del POS, así:

Para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y de recto, se encuentra dentro del POS, el kit de Ostomía, que consta de barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

Desde la etapa prenatal hasta los 18 años, los pacientes con cáncer o con presunción, tienen derecho a la cobertura de todas las tecnologías contenidas en el POS.

Lo anterior incluye: Las tecnologías para la promoción, prevención y diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido, clínico o procedimental; tratamiento y re-

habilitación; terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad; así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en instituciones debidamente habilitadas.

Por medio de la Resolución 1383 de 2013, se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

CAPÍTULO 3

.....

**PLAN DECENAL PARA EL CONTROL
DE CÁNCER EN COLOMBIA.
PERIODO 2012-2021**

1. ¿En qué consiste el Plan Decenal para el Control Integral del Cáncer?

Es una política pública que surge como respuesta ante la carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos, por lo que se busca movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control del cáncer en Colombia.

2. ¿Qué objetivos tiene el Plan?

El Plan busca disminuir la prevalencia de factores de riesgo modificables a través de los cambios de estilos de vida en los diferentes entornos, por medio de la estrategia 4x4, que recomienda una alimentación saludable, la práctica de actividad física, la eliminación del consumo de tabaco y el consumo abusivo de alcohol.

También, la reducción de las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la cobertura y la calidad en las pruebas de detección temprana, con tecnología de punta,

especialmente en los cinco cánceres que más aportan muertes prematuras en el país, a saber: cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon y recto y leucemias agudas pediátricas. Así mismo, contempla la atención, rehabilitación y superación de los daños causados por el cáncer, incluyendo el cuidado paliativo, con un énfasis especial a la reorganización y mejoramiento de la oferta de servicios mediante la conformación de unidades especializadas y centros de excelencia.

3. ¿Qué líneas estratégicas orienta el Plan?

El Plan está diseñado bajo seis líneas estratégicas:

- Control del riesgo.
- Detección temprana.
- Atención, rehabilitación y superación de los daños causados.
- Cuidados paliativos.
- Gestión del conocimiento y tecnologías.
- Formación del talento humano.

4. ¿Cuál es el contenido del Plan?

Este Plan contempla intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad, así como mejorar la calidad de vida de niños y adultos que tienen la enfermedad.

Además, el Plan incluye estrategias para consolidar el Sistema de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer, lo que permitirá mantener un análisis actualizado de la situación del cáncer, vigilar los procesos de atención, las tecnologías y los medicamentos utilizados.

Finalmente, considera el talento humano en oncología como un pilar para fortalecer la atención con calidad de los pacientes con cáncer, y orienta acciones para su formación, educación continua y bienestar en su ambiente laboral.

5. ¿Cómo se realiza la evaluación y seguimiento del plan?

La evaluación y seguimiento al plan se realizará a través del monitoreo y seguimiento de las metas; de la participación efectiva de los actores involucrados en la ejecución del plan; de los estudios de caso definidos como procesos trazadores, y de una evaluación

de la ejecución del mismo, que se realizará en la mitad del periodo para el reajuste a las estrategias y metas que se consideren necesarias.

6. ¿Quiénes son responsables de la ejecución del Plan?

La responsabilidad del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 recae en la nación, las Entidades Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); las Empresas Administradoras de Riesgos Laborales, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

CAPÍTULO 4

ACCIONES PARA LA ATENCIÓN
INTEGRAL DEL CÁNCER EN COLOMBIA
- LEY 1384 DE 2010

La Ley 1384 de 2010 tiene como propósito reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer en los adultos. Así mismo, mejorar la calidad de vida de los pacientes, a los que se les garantiza por parte del Estado y de los actores que intervienen en el SGSSS, la prestación integral de los servicios que requieran.

La Ley 1384 de 2010 declara al cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y de prioridad nacional, determinando acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

1. ¿Cómo se garantiza la atención integral de los pacientes con diagnóstico de cáncer?

La Ley 1384 de 2010 establece que, debe garantizarse siempre el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención, la contratación y la prestación de servicios oncológicos para adultos, con IPS que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento unidades funcionales.

2. ¿Quiénes deben garantizar las acciones de promoción y prevención para el control del cáncer?

Las acciones de promoción y prevención deben ser garantizadas por las EPS, los regímenes de excepción y especiales, las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, y las IPS públicas y privadas.

Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, alcances y evaluaciones de impacto de las actividades de promoción y prevención son de competencia del Ministerio de Salud y la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología, con un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas.

3. ¿Cómo se deben prestar los servicios oncológicos?

Los servicios oncológicos deben prestarse de manera obligatoria, basados en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo, que garantizan la atención integral, oportuna y pertinente a estos pacientes.

4. ¿Cuáles son los criterios de operación de las unidades funcionales?

Las unidades funcionales para la atención integral del cáncer deben cumplir con los criterios de recurso humano, aplicación de guías y protocolos, infraestructura, interdependencia de servicios, radioterapia, hospitalización, rehabilitación y unidad de cuidado paliativo.

5. ¿Cuáles son los criterios de atención en lugares aislados del país?

Las IPS que se encuentren en lugares aislados del país deberán brindar una atención primaria en cáncer. En caso de que el paciente requiera una atención especializada, deberán remitirlo a la unidad funcional en oncología más cercana.

Para prestar la atención primaria en cáncer se debe capacitar y brindar soporte permanente al recurso humano, a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y de patología, e implementación de tecnología de telemedicina.

6. ¿Qué objetivo tiene la Red Nacional de Cáncer?

La red tiene como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer; la gestión del conocimiento, la calidad de la información y el desarrollo tecnológico, así como la vigilancia epidemiológica del cáncer. Dicha red estará coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

7. ¿En qué consiste el servicio de Apoyo Social?

El servicio de apoyo social que se le debe brindar a los pacientes con diagnóstico de cáncer, que se otorga de acuerdo a las necesidades y cuando así lo exija el tratamiento, consiste en: hogar de paso, pago del costo de desplazamiento y apoyo psicosocial y escolar.

8. ¿Qué es el Observatorio Epidemiológico del Cáncer?

El Observatorio Epidemiológico hace parte del sistema de vigilancia en salud pública y su dirección está a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con la participación de las entidades territoriales. Tiene como finalidad realizar de manera permanente y con metodología comparable las encuestas de prevalencia de los

factores de riesgo para cáncer. Los informes que emita el Observatorio Epidemiológico deben ser considerados como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.

9. ¿Quién ejerce la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de los derechos de los pacientes con diagnóstico de cáncer?

La Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud, son las entidades encargadas de garantizar en debida forma los derechos de los usuarios. La Defensoría del Pueblo actuará como garante.

CAPÍTULO 5

.....

CANCER INFANTIL

LEY 1388 DE 2010

La ley 1388 de 2010 tuvo por objetivo disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad por cáncer en los menores de 18 años. Para cumplir este objetivo, los actores del sistema de seguridad social en salud deben garantizar todos los servicios de detección temprana y tratamiento integral que se requiera, así como la aplicación de protocolos y guías de atención. Igualmente, deben garantizar la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnológico requerido, lo que se cumplirá en centros especializados y habilitados para tal fin.

1. ¿Qué persigue esta ley?

La Ley de cáncer infantil busca que los menores de 18 años que padecen cualquier tipo de cáncer y otras enfermedades de la sangre como aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas

congénitas, histiocitosis y desórdenes histiocitarios reciban todos los servicios que necesitan, sin ningún obstáculo o barrera que impida llevar a cabo el tratamiento requerido para superar su enfermedad.

2. ¿Quiénes son beneficiarios de esta ley?

- Los menores de 18 años a los que se les haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades.
- Los menores de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el onco-hematólogo pediátrico de aplasias medulares y síndromes de falla medular, desórdenes hemorrágicos hereditarios, enfermedades hematológicas congénitas, histiocitosis y desórdenes histiocitarios.
- Los menores de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina tenga sospecha de que el menor sufre de cáncer o de las enfermedades enunciadas y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte.

3. ¿Cuál es el procedimiento a seguir por parte del médico tratante cuando presuma la existencia de cáncer o de las patologías mencionadas?

El médico tratante deberá remitir al paciente a la unidad de cáncer correspondiente a la zona, sin perjuicio de ordenar todos los exámenes de apoyo diagnóstico y procedimientos especializados que se consideren indispensables hasta que el diagnóstico sea descartado.

4. ¿En qué consiste el modelo de atención integral?

Según la norma, una vez haya confirmación del diagnóstico de cáncer y hasta que el tratamiento concluya, los aseguradores deberán autorizar de manera inmediata todos los servicios que requiera el menor.

5 ¿Dónde se prestarán los servicios que se requieren para la atención integral?

Estos servicios se prestarán en la Unidad de Atención de Cáncer Infantil, de conformidad al criterio del médico tratante en cada especialidad y a lo que establezcan las guías

de atención en cuanto a la confirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento. Esto, independientemente de que los tratamientos tengan una relación directa con la enfermedad principal o que correspondan a otros niveles de complejidad en los modelos de atención de los aseguradores.

En caso de que el menor deba ser trasladado a otra unidad, el trámite será coordinado entre la entidad remitora y la receptora; o entre el ente territorial y la EPS. La entidad remitora debe suministrar toda la información necesaria para que el tratamiento del menor continúe sin ninguna dilación.

La Unidad de Cáncer Infantil debe garantizar la aplicación de los tratamientos preventivos que deben recibir los familiares o quienes convivan con los menores, para evitar que se ponga en peligro la efectividad de los tratamientos, por ejemplo, la vacunación anual contra influenza.

6. ¿Cómo se garantiza la atención de estos menores?

El Ministerio de Salud y Protección Social debe crear y poner en marcha una base de datos que agilice la atención del menor con cáncer, de manera que el médico que tenga la presunción diagnóstica de cáncer lo incluya en esa base de datos, que podrá

ser consultada en tiempo real, permitiéndole a la entidad de aseguramiento o al ente territorial encontrar fácilmente al paciente en el sistema.

7. ¿Deben los menores de edad pagar periodos de carencia, copagos o cuotas moderadoras?

No, los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010 no deben cancelar copagos o cuotas moderadoras.

8. ¿Qué requisitos deben tener las IPS que atiendan a los menores de edad con cáncer?

Las IPS que en la actualidad se encuentren prestando los servicios para tratar menores con cáncer deberán habilitarse, teniendo en cuenta las siguientes prioridades:

- Un área delimitada, específica y exclusiva para la Unidad de Cáncer Infantil, con personal exclusivo.
- Una central de preparación para cistostáticos.
- Una construcción y adecuación arquitectónica de la unidad.

9. ¿Cómo se garantiza el diagnóstico oportuno?

El médico general o especialista debe disponer de guías que les permitan, sin ninguna dilación, remitir al menor con una impresión diagnóstica de cáncer, o de las enfermedades antes mencionadas, a una Unidad de Cáncer Infantil, habilitada o en proceso de habilitación, del III o IV nivel de complejidad, para que se le practique, oportunamente, todas las pruebas necesarias orientadas a confirmar o rechazar el diagnóstico.

10. ¿En qué consiste el derecho a recibir servicios de apoyo social?

Los menores de edad tienen derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un hogar de paso, al pago del costo de desplazamiento, y al apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el trabajador social o responsable del centro de atención a cargo del menor.

Estos servicios serán gratuitos para el menor y por lo menos para un familiar o acudiente que será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico.

CAPÍTULO 6



RUTA DE ATENCIÓN PARA
PACIENTES CON PRESUNCIÓN
O DIAGNÓSTICO DE CÁNCER
INFANTIL

La reglamentación de la Ley 1388 de 2010 estableció la ruta de atención para menores de 18 años con presunción o diagnóstico de leucemia aguda, sin que en la actualidad exista ruta de atención para los demás tipos de cáncer y para el cáncer de adulto.

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución N°418 de 2014 “Por la cual se adopta la Ruta de Atención para niños y niñas con presunción o diagnóstico de Leucemia en Colombia”.

1. ¿Cuál es el objetivo de la ruta?

La ruta busca eliminar las barreras que impidan el acceso a los servicios en salud, para el diagnóstico y tratamiento de la leucemia en niños menores de 18 años.

2. ¿Qué determina la ruta?

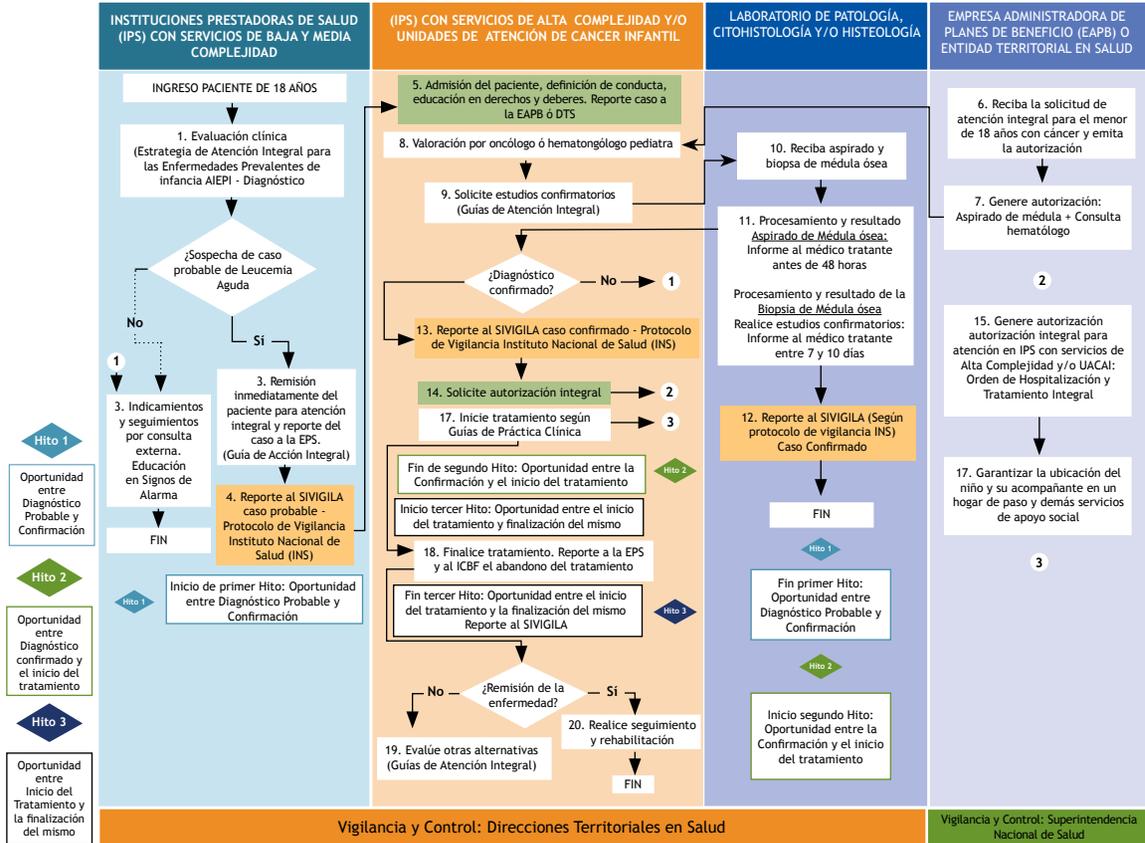
La ruta establece responsabilidades a los diferentes actores del sistema: Entidades Territoriales, EPS, IPS, laboratorios, Instituto Nacional de Salud (INS) y Superintendencia Nacional de Salud, que deben garantizar la atención integral y de calidad para los niños.

3. ¿Qué pasa si no se cumple con lo establecido en la ruta?

Si la negación por parte de las IPS es injustificada, las Secretarías de Salud Departamentales estarán encargadas de imponer sanciones.

Si las entidades de aseguramiento niegan una autorización, la competencia recae en la Superintendencia Nacional de Salud.

Y si la negación es de servicios en salud, ya reconocidos jurisprudencialmente, se debe acudir a la Acción de Tutela.



CAPÍTULO 7

.....

CIRCULAR 04 DE 2014

La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 04 de 2014, con el objetivo de vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Por tal motivo, siendo sujetos de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) las EPS contributivas y subsidiadas, las Direcciones Territoriales de Salud y los prestadores de servicios de salud públicos, privados, mixtos, entre otros, la Superintendencia Nacional de Salud emitió la circular 04 de 2014, impartiendo las siguientes instrucciones:

- Atención oportuna, que consiste en que las entidades concernidas deben proporcionar a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer la atención en salud sin ningún tipo de retraso. Tampoco se debe negar o dilatar la atención médica requerida, y el registro de citas de consulta especializada debe gestionarse y optimizarse.
- Atención especial en niños, acorde a su carácter de protección constitucional reforzada, por lo que las entidades vigiladas deben brindarles atención prioritaria e inmediata. En tal sentido, todos los servicios, comprendidos

desde el diagnóstico hasta el fin del tratamiento, se deben autorizar de inmediato, independiente del nivel de complejidad. Igualmente, es de obligatorio cumplimiento lo establecido en la ruta de atención para menores de 18 años, antes enunciada.

- Autorización integral, específicamente en el caso de las ordenadas para quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer que sigan guías o protocolos acordados, por lo cual se realizará una única vez para todos los ciclos. En los casos en que el profesional tratante ordene estos servicios por fuera de las guías o protocolos, la autorización deberá cubrir como mínimo seis (6) meses. Es de resaltar que está prohibido que los trámites que es esta atención integral se le trasladen al paciente o a sus familiares, de entera responsabilidad de las entidades vigiladas, según sus competencias.
- Rehabilitación integral, consistente en todos los servicios de terapia física, psicológica y social que requiera el paciente, incluidos los servicios de apoyo social, atención de hogar de paso, y transporte, en los casos en que el profesional tratante lo considere pertinente.
- Continuidad en el tratamiento, a través de una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el concepto del médico tratante, sin que los tratamientos puedan ser interrumpidos por motivos administrativos o económicos.

- No pago de cuotas moderadoras ni copagos, ya que si se supedita la prestación de servicios en salud a la realización de un pago, se entiende que presenta una barrera de acceso que dilata e impide la oportunidad e integralidad del tratamiento.
- Servicios de Promoción y Prevención, que deben ser prioridad para todas las entidades competentes, que deben garantizar acciones de promoción y prevención, con el fin de reducir el riesgo de los pacientes y realizar tratamientos oportunos.
- Tratamiento de cuidado paliativo, lo que incluye todos los servicios de atención domiciliaria que se consideren necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente.
- Deber de colaboración, consistente en que todas las entidades vigiladas deben actuar de manera armónica para lograr la mejor protección de derechos a las personas con presunción o diagnóstico de cáncer.

CAPÍTULO 8
.....
OTRAS NORMAS

1. DECRETO 1683 DE 2013

Este decreto establece las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del SGSSS.

1.1. ¿Qué se entiende por portabilidad?

La portabilidad es la garantía de accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud.

1.2. ¿Quién garantiza la portabilidad?

Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en los municipios diferentes a aquel donde habitualmente reciben los

servicios de salud, en una IPS primaria, cuando se presenten cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Emigración ocasional: entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las IPS que cuenten con servicios de urgencias deberán brindar dicha atención, y la que posteriormente se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS.

- Emigración temporal: cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12). En estos casos, la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y, a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.
- Emigración permanente: Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel Sisbén establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo que en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

1.3. ¿Cuál es el procedimiento para garantizar la portabilidad?

Las EPS deben garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o EPS, en las regiones donde no operan.

1.4. ¿Cómo garantizan las EPS la portabilidad?

- Toda EPS deberá contar dentro de su página web con un mini sitio dedicado a portabilidad, que debe contener información sobre el derecho a la portabilidad y su regulación, un correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, información de las solicitudes de portabilidad con documento de identidad, fecha de la solicitud; espacio para trámite de autorizaciones de actividades, procedimientos, intervenciones o suministros de mayor complejidad, ordenados por la IPS primaria del municipio

receptor u otra instancia autorizada; espacio para trámites, comunicación e información entre la EPS y las IPS que atiendan sus pacientes en el marco de la portabilidad.

- Un afiliado podrá solicitar ante la EPS, mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente, o a través de cualquier otro medio de que disponga la EPS para el efecto, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación, en el marco de las reglas aquí previstas. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.
- La EPS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud, deberá informar al afiliado la IPS a la que ha sido adscrita en el municipio receptor y las opciones que el afiliado tiene para cambiarse.
- Si la EPS no informa al afiliado respecto de la nueva IPS de adscripción, el afiliado podrá solicitar el servicio ante cualquier prestador de baja complejidad y, por referencia de este, ante otros de mayor complejidad. En este evento, la IPS estará obligada a prestar el servicio y la EPS a pagarlo a las tarifas que tenga pactadas con dicho prestador o, en su defecto, a las tarifas SOAT.

- En el caso anterior, de libre elección de prestador por ausencia de respuesta de la EPS, así como en los casos de urgencias, la IPS deberá informar de la atención en curso a la EPS respectiva, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de la atención, a través del correo electrónico para portabilidad que cada EPS obligatoriamente debe tener habilitado.
- Hasta tanto se cuente con la disponibilidad de historia clínica digital en la web, la EPS facilitará la mayor información clínica posible al prestador en el municipio receptor, mediante trámites directos entre las dos entidades y la IPS primaria del domicilio de afiliación, que no deben transferirse como carga al usuario, ni su ausencia o deficiencia convertirse en obstáculo para la atención.

2. RESOLUCIÓN 247 DE 2014

Esta resolución establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer, ante la Cuenta de Alto Costo, por parte de las IPS públicas, privadas y mixtas; las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; y los regímenes de excepción.

2.1. ¿Qué responsabilidades tienen las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud?

Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deben: Recolectar y consolidar el registro de pacientes con cáncer remitidos por las Direcciones Municipales de Salud e IPS de su red de servicios; reportar a la Cuenta de Alto Costo el registro de pacientes con cáncer; y responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada, entre otras.

2.2. ¿Qué responsabilidades tienen las Direcciones Municipales de Salud?

Las Direcciones Municipales de Salud son responsables de recolectar y consolidar el registro de pacientes con cáncer, remitidas por su red de IPS; reportar a las Direcciones Departamentales de Salud, y responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada, entre otras.

2.3. ¿Cuáles son las responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)?

Las EAPB tienen la responsabilidad de recolectar y consolidar el registro de pacientes con cáncer, remitidos por su red de prestadores de servicios de salud; reportar a la

Cuenta de Alto Costo el registro de pacientes con cáncer; responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada, y realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las IPS, entre otras.

2.4. ¿Cuáles son las responsabilidades de las IPS públicas, privadas y mixtas?

Las IPS públicas, privadas y mixtas deben recolectar y reportar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, según corresponda, el registro de pacientes con cáncer; y, capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con la atención de cáncer.

2.5. ¿Cuáles son las responsabilidades de la Cuenta de Alto Costo?

La Cuenta de Alto Costo será responsable de: Incluir la información sobre los diagnósticos de los menores de 18 años con cáncer, dentro de sus procedimientos regulares; recolectar y consolidar la información relacionada con el aseguramiento de los pacientes con cáncer en el país y enviar la información al Ministerio de Salud y Protección Social.

3. RESOLUCIÓN 1419 DE 2013

Establece los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer y los lineamientos para su monitoreo y evaluación. Igualmente, establece obligaciones para la conformación de la red de prestación de servicios oncológicos y unidades funciones, fijando lineamientos para su monitoreo y evaluación.

4. RESOLUCIÓN 1442 DE 2013

Adopta las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de las leucemias y linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, y cáncer de próstata.

4.1. ¿Qué son las Guías de Práctica Clínica (GPC)?

Las GPC son una referencia necesaria para la atención de las personas, siendo potestad del personal de salud acoger o separarse de sus recomendaciones cuando considere que el contexto clínico en el que se realiza la atención así lo amerita, dejando registro de su concepto y decisión en la historia clínica.

4.2. ¿Los contenidos de las GPC pueden ser modificados?

Los contenidos de las Guías de Práctica Clínica podrán ser revisados y actualizados en cualquier momento, de acuerdo con la evidencia científica y los desarrollos tecnológicos.

5. RESOLUCIÓN 1440 DE 2013

Establece las condiciones de los hogares de paso como un servicio de apoyo social para los menores de 18 años, con presunción diagnóstica o diagnóstico confirmado de cáncer.

5.1. ¿Qué incluye el hogar de paso?

El hogar de paso brinda alojamiento de manera transitoria al menor de 18 años y a un familiar o acudiente que será su acompañante. Así mismo, ofrece el soporte necesario para la atención del menor a través de servicios de salud debidamente habilitados por el lugar de paso o por la entidad responsable de garantizarla.

El menor y su acompañante recibirán alojamiento y alimentación en un hogar de paso durante el tiempo que se requiera, así como el servicio de desplazamiento, de acuerdo con la autorización expedida por la EAPB o por la entidad territorial para los no afiliados al sistema.

Para el caso de beneficiarios pertenecientes a grupos étnicos, los hogares de paso deberán tener en cuenta sus usos y costumbres.

5.2. ¿Qué se requiere para acceder al hogar de paso?

Para ingresar al hogar de paso, el menor y su acompañante deben contar con la autorización expedida por la EAPB o la entidad territorial, en la que se especifique el tiempo de permanencia requerido en el hogar.

5.3. ¿Qué deben garantizar los hogares de paso?

Los hogares de paso deben garantizar las siguientes condiciones:

- Habitaciones con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los beneficiarios y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Las habitaciones no podrán albergar más de cuatro personas y no se deberán tener literas o camarotes.
- Comedor o comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes.

- La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.
- Los servicios higiénicos serán, como mínimo, uno por cada dos habitaciones y contarán con lavamanos, sanitario y ducha. Estarán cercanos a los dormitorios, serán de fácil acceso, contarán con dispositivos de apoyo, y estarán iluminados y debidamente señalizados.

6. RESOLUCIÓN 1552 DE 2013

“Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decretoley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones”, establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada, la totalidad de días hábiles del año.

7. RESOLUCIÓN 2590 DE 2012

Constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el monitoreo, seguimiento y control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010, de obligatorio cumplimiento para las Instituciones del SGSSS y para las administradoras de Planes de Beneficios de otros sistemas de salud.

7.1. ¿Cuál es el fin del Sistema Integrado en Red?

El Sistema Integrado en Red del Control de la Atención del Cáncer tiene como fin identificar tempranamente, mediante alertas, los eventos relacionados con la garantía de la prestación integral de todos los servicios que requiere el cáncer infantil para su detección temprana y tratamiento integral con calidad. Así mismo, posibilita la realización de estudios científicos dirigidos a disminuir la tasa de mortalidad.

7.2. ¿Cuál es la finalidad del Sistema?

Su finalidad radica en mejorar el acceso, cobertura y calidad de la información necesaria para el monitoreo, seguimiento y control de las acciones y resultados del sistema integrado en red para la atención del Cáncer en los menores de 18 años, de tal manera que permita realizar oportunamente los ajustes necesarios en las estrategias y actividades.

7.3. ¿Quién integra el Sistema Integrado en Red?

El Sistema Integrado en Red está conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el Instituto Nacional de Cancerología, las direcciones Territoriales de Salud; las EAPB, y las unidades o IPS de Atención del Cáncer Infantil.

7.4. ¿Qué se considera como alerta temprana?

Se consideran alertas tempranas: Dificultades en accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

En accesibilidad, el no contar o demorar la autorización integral para la atención; el cobro de copagos para la prestación de servicios para la atención integral; no garantizar

la ubicación de un niño y su acompañante en un hogar de paso y demás servicios de apoyo social; no contar con mecanismos para la recepción de peticiones específicas, quejas y reclamos acerca de la atención de los niños y menores de edad con cáncer; no tener sistemas de referencia y contra referencia que garanticen los tiempos de respuestas y no tener implementados esquemas de diagnóstico.

En oportunidad, incumplir las actividades o servicios que se requieran, tendientes al diagnóstico oportuno del cáncer infantil; no contar con procesos y procedimientos para el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos para el tratamiento y garantía de la atención integral y de calidad; no enviar la información conforme a los plazos, condiciones, estructuras, medios que establecidos para el cáncer infantil; no realizar la notificación obligatoria de los eventos de cáncer infantil contemplados en el Sivigila; y, no autorizar ni realizar los exámenes paraclínicos o valoraciones adicionales que bajo presunción diagnóstica solicite el médico general o el especialista de cualquier otro campo de la medicina.

En seguridad, no gestionar los eventos adversos relacionados con la atención de los menores de 18 años con cáncer; realizar el traslado de menores de una IPS a otra sin que medie una justificación médica; brindar atención en IPS en donde no esté habilitado el servicio de oncología pediátrica; y no contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración expedida por el Invima.

En pertinencia, no contar con protocolos institucionales basados en evidencia, o no aplicar o seguir correctamente las guías de atención aprobadas.

En continuidad, no contar con los insumos y medicamentos requeridos para el cumplimiento del tratamiento continuo, y no autorizar integralmente la atención con los suministros necesarios para el cumplimiento del tratamiento.

7.5. ¿Qué trámite se debe seguir cuando se requieren prestaciones No POS?

Para las prestaciones no incluidas en el Plan de Obligatorio de Salud que requieran para la atención de los menores de 18 años con cáncer, el médico tratante debe seguir el trámite previsto para la urgencia manifiesta de que trata el artículo 8° de la Resolución 548 de 2010 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

7.6. ¿Cómo se identifican los beneficiarios?

Para garantizar la identificación de los menores de 18 años al Sistema General de Seguridad Social en Salud y usuarios de servicios de salud con sospecha o diagnóstico de cáncer, el número único nacional para beneficiarios será el correspondiente al tipo de documento de identidad.

7.7. ¿Quiénes son los encargados de realizar el monitoreo y seguimiento a los casos con cáncer?

Las unidades o Instituciones Prestadoras de Servicios de Atención de Cáncer Infantil son las responsables de registrar, conservar, procesar, analizar y brindar los datos para el monitoreo y seguimiento de cada uno de los casos de cáncer infantil, durante toda la etapa de tratamiento y pos tratamiento, manteniendo la debida confidencialidad.

8. RESOLUCIÓN 4504 DE 2012

Establece la reglamentación de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI), que deben integrar los servicios oncológicos para menores de 18 años, garantizando la prestación de calidad de los servicios.

9. RESOLUCIÓN 4331 DE 2012

Esta resolución estableció que las autorizaciones de servicios de quimioterapia o radioterapia de pacientes con cáncer deberán autorizarse de forma integral para todos los ciclos incluidos en la guía o protocolo . En caso de que los servicios sean prescritos por fuera de lo establecido en los protocolos, se deberán autorizar ciclos de mínimo 6 meses.

CAPÍTULO 9

.....

JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

La Corte Constitucional ha manifestado reiteradamente que las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer son sujetos de especial protección constitucional. De este modo, la jurisprudencia ha sido reiterativa en afirmar que su protección obedece a que estos pacientes se encuentran en un estado de debilidad manifiesta y de especial dependencia del sistema de salud.

Los menores de edad y los adultos mayores gozan de doble protección constitucional, por lo que los servicios de salud deben ser brindados de manera integral, prioritaria y expedita.

1. El Derecho fundamental a la salud y su especial protección en personas con cáncer¹.

La jurisprudencia constitucional de manera reiterada ha afirmado que existen personas que gozan de especial protección por parte del Estado, imponiéndole al juez tener en

1 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-920 de 2013. Expedientes acumulados T-3.980.128; T-4.008.003; T-4.013.446; T-4.016.687; T-4.023.519 Y T-4.031.605. M.P. ALBERTO ROJAS RÍOS. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-920-13.htm>

cuenta que entre mayor vulnerabilidad del accionante, mayor debe ser la protección. Entre las personas que gozan de esta especial protección, por su estado de debilidad manifiesta, están quienes padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, lo que obliga al Estado a brindarles una protección reforzada.

En el caso del cáncer, por su complejidad y manejo, la Corte Constitucional ha reiterado el deber de protección especial que deben tener las entidades prestadoras del servicio de salud, y por lo tanto, ha ordenado que se autoricen todos los medicamentos y procedimientos POS y no POS que se requieran para el tratamiento, incluso inaplicadas las normas que fundamentan las limitaciones al POS.

La jurisprudencia constitucional ha establecido reiteradamente que la persona idónea para decidir si un paciente requiere algún servicio médico es el médico tratante, pues cuenta con criterios médico-científicos conoce ampliamente el estado de salud de su paciente y los requerimientos especiales para el manejo de su enfermedad. Así mismo, las entidades prestadoras de salud deben autorizar de manera inmediata servicios o medicamentos no incluidos en el POS, sin someter su autorización al CTC, cuando a criterio del médico tratante se requieran de forma urgente para salvaguardar la vida o la integridad del paciente.

En los casos de transporte, alojamiento, viáticos y copagos, aunque estos no están catalogados como una prestación asistencial de salud, la jurisprudencia constitucional

también ha sido reiterativa con respecto a que no pueden ser obstáculos para acceder a los servicios de salud de quienes no tienen capacidad económica para asumirlos, más aún cuando estos están relacionados con la recuperación de la salud, la vida y la dignidad humana de los usuarios.

2. Enfermedades catastróficas o ruinosas- Exoneración de copagos, cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o pago de porcentaje².

Los pagos moderadores, copagos y cuotas moderadoras, a los cuales están sujetos todos los afiliados del SGSSS, cotizantes o beneficiarios, se constituyeron para regular la utilización del servicio de salud, estimular su buen uso y coadyuvar a la financiación del Plan Obligatorio de Salud. Sin embargo, como se ha mencionado, en ningún caso estos pagos podrán convertirse en una barrera para acceder a los servicios en salud que requieran los usuarios.

En los casos de afiliados clasificados en nivel III de Sisbén, debido a las deficiencias en la aplicación de la encuesta, la Corte Constitucional ha manifestado que con ocasión a

² Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-859 de 2013. T-3.986.209. M.P. ALBERTO ROJAS RÍOS. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-859-13.htm>

dicha debilidad y para evitar que se vulneren los derechos, el beneficiado puede solicitar ante la entidad administrativa la corrección de la información que considere errada, ante lo cual, el juez debe analizar cada situación para determinar si en realidad se presentan circunstancias especiales que permitan concluir que el nivel socioeconómico atribuido a la persona no refleja su realidad.

CAPÍTULO 10



¿QUÉ HACER?

1. ¿Qué hacer si a los pacientes con cáncer se les niega la autorización para una cita médica, procedimiento, tratamiento, cirugía o un medicamento que se encuentra en el POS?

En estos casos, se debe acudir a la acción de tutela como el mecanismo de protección constitucional más ágil y efectivo. Igualmente, deben solicitar el diligenciamiento del formato de negación de servicios por parte de la entidad a la que se encuentre afiliado o a la entidad territorial correspondiente, con el fin de presentar la queja ante la Superintendencia Nacional de Salud.

2. ¿Qué hacer si estando afiliado al sistema, el procedimiento, tratamiento o cirugía no se encuentra en el plan obligatorio de salud?

Es de aclarar que todos los procedimientos, tratamientos, cirugías y demás solicitudes, clínicamente aceptados, que ordene el médico tratante para el tratamiento de esta enfermedad, deben ser concedidos, por lo que si éstos son negados, se debe proceder de conformidad a lo establecido en la respuesta anterior.

3. ¿Qué hacer en el caso de los pacientes que no se encuentran afiliados a ningún sistema de aseguramiento y es necesario atender su estado de salud?

Las personas no afiliadas a ningún régimen tienen derecho a que la entidad territorial correspondiente le preste los servicios en salud que requieran, a través de las instituciones en salud que tengan contratadas y que reciban aportes del Estado, hasta que la persona sea afiliada a algunos de los regímenes, dependiendo si tiene o no capacidad de pago.

4. ¿Qué hacer si un hospital, clínica o cualquier centro que preste servicios médicos le niega la atención a un paciente con cáncer?

En caso de negación a la prestación de servicios de cualquier paciente con cáncer, deben solicitar el diligenciamiento del formato de negación de la institución prestadora que niega el servicio.

Igualmente, deberá presentar queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo de vigilancia y control del sistema, anexando el formulario de negación o la constancia que lo reemplace. Así mismo, podrá presentar queja ante la Defensoría del Pueblo.

Las veedurías ciudadanas o asociaciones de pacientes, ejercerán la vigilancia sobre estas actuaciones, para lo que las autoridades correspondientes brindarán las garantías necesarias.

CAPÍTULO 11
.....
DEBERES

1. Deberes del Estado

Entre otros, respecto a los pacientes con cáncer, el Estado debe:

- Brindar atención integral, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, incluida la vacunación obligatoria contra toda enfermedad prevenible.
- Garantizar que los pacientes con cáncer tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna.
- Ubicar a los pacientes con cáncer – que no se encuentren afiliados a ningún régimen – a través de la entidad territorial, en un establecimiento o institución donde se le brinde una atención permanente de acuerdo a las condiciones del médico tratante, para de esta forma garantizar su asistencia en condiciones dignas y justas, así como facilitar su afiliación al régimen que se adapte a sus condiciones económicas.

- El deber de asistencia en virtud del principio de solidaridad, cuando la familia se encuentra incapacitada para atender a la persona enferma de cáncer.
- Reducir la morbilidad y la mortalidad, a través de campañas de prevención de la enfermedad.
- Asegurar los servicios de salud de todos los ciudadanos colombianos que requieran atención.

2. Deberes de la familia

La familia debe:

- Proporcionarle a los pacientes las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuada de acuerdo a su condición médica.
- Educarlos en salud preventiva y en higiene.
- Acompañarlos en forma oportuna a los controles periódicos de salud, a la vacunación y a los demás servicios médicos.

- Vigilar que los pacientes tomen los medicamentos en las cantidades y formas que le hayan sido prescritos.
- Velar porque el paciente cumpla con el tratamiento, según lo indicado por el médico tratante.
- Tratar con dignidad al personal humano que atiende al paciente y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los profesionales e instituciones que le prestan atención al paciente.

3. Deberes de los pacientes

- Cuidar su propia salud, ejerciendo actividades de autocuidado con la colaboración de su familia y de la comunidad, para la adopción de estilos de vida saludables.
- Suministrar información veraz, completa y clara sobre su condición de salud y los tratamientos a los que se ha sometido.

- Cumplir con los tratamientos ordenados para recuperar su salud y con los cuidados que requiere su enfermedad.
- Hacer uso racional de los recursos que en salud le ofrecen, cuidándolos y utilizándolos adecuadamente.
- Estar informados de los servicios de salud, instituciones que prestan servicios y cumplir oportunamente con las citas médicas programadas.
- Tratar con amabilidad y respeto a los funcionarios de las instituciones de salud.
- Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- Respetar la intimidad y las creencias religiosas de los demás pacientes y de sus familiares.

CAPÍTULO 12

.....

RECUERDE QUE...

- a. Los pacientes con enfermedades denominadas de alto costo, gozan de especial protección. Por ello, sus derechos y las correlativas obligaciones para con ellos deben ser atendidas de manera preferencial por quien corresponda en cada caso.
- b. El Estado es garante tanto de la efectiva protección del derecho a la salud, como de la oportuna prestación del servicio, incluso cuando la protección o la prestación del servicio ha sido asumida por particulares.
- c. Toda autoridad pública debe garantizar la atención de los pacientes con cáncer, con oportunidad, calidad e integralidad.
- d. Los pacientes con cáncer tienen derecho a las autorizaciones y servicios ordenados por su médico tratante y a la continuidad de los tratamientos, lo que implica que si las autorizaciones se expiden por periodos, no debe haber interrupción entre la que expira y la emisión de la siguiente.

- e. Tienen derecho al suministro oportuno de medicamentos y a que éstos sean de calidad.
- f. Tienen derecho a solicitar por escrito, cuando se les niegue una cita, examen, procedimiento, tratamiento o medicamento, el motivo por el cual se realizó la negativa, mediante el diligenciamiento del formulario de negación de servicios.
- g. Tienen derecho a que se les explique –por parte de su médico tratante–, las alternativas de tratamiento, así como sus riesgos y beneficios.

CAPÍTULO 13

.....
TENGA EN CUENTA QUE...

1. La EPS deberá informar cuáles servicios administrativos de contacto están disponibles las 24 horas.
2. El médico tratante debe presentar ante el Comité Técnico Científico los servicios No POS para su debida autorización.
3. La Defensoría del Pueblo cuenta con dos observatorios de cáncer: El Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (OICI) y el Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos (OICA) que tienen como finalidad empoderar a los pacientes y fortalecer sus aptitudes frente al sistema, en la búsqueda de una atención integral y de calidad.

Igualmente, dichos observatorios vinculan a otras entidades del sector público como el Ministerio de Salud y la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo, con el fin de lograr mejorar la calidad y oportunidad en la atención de estos usuarios. Los observatorios tienen por misión la incidencia en las políticas públicas en pro de mejorar la atención integral en la prestación de los servicios de grupos vulnerables de la sociedad civil.

CAPÍTULO 14

.....

GLOSARIO

1. Atención integral

La obligación, en cabeza de las autoridades que prestan el servicio de salud, de suministrar los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, seguimiento y demás requerimientos que un médico tratante considere necesarios, para atender el estado de salud de los afiliados, con límite únicamente en el contenido de las normas legales que regulan la prestación del servicio de seguridad social en salud y su respectiva interpretación constitucional.

La obligación estatal implica la provisión de una atención integral, continua y equitativa; recoge las dimensiones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; involucra el derecho y responsabilidad de las personas, familias y comunidades de ser protagonistas de su propia salud, por lo que promueve procesos sociales y políticos que les permitan expresar necesidades y percepciones, participar en la toma de decisiones, así como exigir y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud

2. Accesibilidad

Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población. Lo anterior implica:

- **Accesibilidad física:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población. Así mismo, los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable, deben ser de acceso intradomiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales.
- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares.
- **Acceso a la información:** Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá; involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas

acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos.

3. Disponibilidad

Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

4. Oportunidad

Con respecto a la garantía del acceso oportuno a los servicios de salud, la Corte Constitucional ha sostenido que el simple retardo injustificado en el suministro de medicamentos o insumos médicos, o en la programación de un procedimiento quirúrgico o tratamiento de rehabilitación, puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento o cirugía ordenada inicialmente, prolongar el sufrimiento, deteriorar y agravar la salud del paciente, o incluso, generar en éste, nuevas patologías. En consecuencia, configura una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna.

5. Continuidad

La continuidad en la prestación de los servicios de salud comprende el derecho de los ciudadanos a no ser víctimas de interrupciones o suspensiones en la prestación de los tratamientos, procedimientos médicos, suministro de medicamentos y aparatos ortopédicos que se requieran, según las prescripciones médicas y las condiciones físicas o psíquicas del usuario, sin justificación válida. El principio de continuidad en la prestación del servicio de salud exige entonces que tanto las entidades públicas como las privadas que tienen la obligación de satisfacer su atención, no pueden dejar de asegurar la prestación permanente y constante de sus servicios, cuando con dicha actuación pongan en peligro los derechos a la vida y a la salud de los usuarios.

6. Aceptabilidad

Todos los establecimientos y servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente aceptados. Además, deberán ser sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida. Así mismo, el paciente tiene todo el derecho de aceptar o no el diagnóstico y tratamiento que propone el personal sanitario.

7. Calidad

Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. El personal debe estar capacitado, contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Hace parte de la calidad de los servicios de salud el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención.

CAPÍTULO 15
.....
ANEXOS

1. FORMULARIO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS

 Libertad y Orden		 Supersalud					
Título XI Anexos Técnicos							
CAPITULO NEGACION DE SERVICIOS REPUBLICA DE COLOMBIA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD							
FORMATO NEGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS CUANDO NO SE AUTORIZA LA PRESTACION DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO							
NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA I.P.S. O ENTIDAD TERRITORIAL						NUMERO	
FECHA DE SOLICITUD				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	

Derechos de los pacientes con cáncer en materia de salud

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO									
1er. APELLIDO			2do. APELLIDO			NOMBRES			
TIPO DE IDENTIFICACION			No. DOCUMENTO IDENTIFICACION			No. DE CONTRATO			
C.C.		C.E.		CIUDAD / MUNICIPIO			DEPARTAMENTO		
TELEFONO			CIUDAD / MUNICIPIO			DEPARTAMENTO			
TIPO PLAN USUARIO									
POS		POS-S		PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)			PLAN DE MEDICINA PREPAGADA (PMP)		
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA									
NRO. DE SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSSS		ESTADO DE LA AFILIACION / CONTRATO DEL USUARIO		VIGENTE		SUSPENDIDO		REMITIR SIN ASEGURAMIENTO	
2. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO									
SERVICIO NO AUTORIZADO – CODIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO									
DESCRIPCION : (Señale el servicio – procedimiento – intervención)									
JUSTIFICACION: Indique el motivo de la negación									
FUNDAMENTO LEGAL: Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión									
3. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS DERECHOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES									
1.									
2.									
3.									
4.									

NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO	FIRMA
FIRMA DEL USUARIO O DE QUIEN RECIBE	

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la Oficina de Atención al Usuario de su EPS, si su queja no es resuelta, eleve consulta a la Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia de este formato totalmente diligenciado a la carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3011 – 3039
Nota: Esto no indica que su reclamación sea aprobada por parte de la Superintendencia, es necesario hacer un estudio previo.

Con las adiciones, modificaciones y exclusiones de las Circulares Externas: 048, 049, 050, 051, 052 de 2008, 057, 058 de 2009, 059, 060 061 y 062 de 2010
Carrera 7 No. 32-16, Ciudadela San Martín, Torre Norte pisos 14, 15 y 16 - PBX: (57-1) 481 7000
www.supersalud.gov.co – Bogotá Colombia

Página 883 de 925

2. MODELO DE CARTA DE NEGACIÓN DE SERVICIOS

Ciudad, día, mes y año

Señores:

NOMBRE DE LA CLÍNICA, HOSPITAL O INSTITUCIÓN

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Ciudad

Respetados señores:

A través del presente escrito, me permito denunciar el hecho ocurrido hoy (día) de (mes) del (año) en la institución (nombre de la clínica, hospital o institución a la que acudí), donde al presentarme para solicitar el servicio para mí (o si es para un familiar, colocar el nombre y apellido del paciente) de (escribir el motivo por el cual fue a la institución), el señor (colocar el nombre, apellido y cargo del funcionario) me manifestó que el servicio que requería no sería prestado por (escribir las razones de la negación del servicio expresado por el funcionario).

Igualmente, manifiesto que en dicha institución declaran no conocer el formato de negación de servicios que emitió la Superintendencia Nacional de Salud, para diligenciar en estos casos (opcional).

Agradezco la atención prestada,

Nombre del usuario

Dirección

Teléfono

Testigo 1

Nombre

Dirección

Teléfono

Testigo 2

Nombre

Dirección

Teléfono

3. MODELO DE TUTELA

Bogotá D. C., ____ de _____ de 20____

Señor

JUEZ PENAL MUNICIPAL

Reparto

Ciudad

REF: Acción de tutela de Contra EPS – (escribir el nombre de la entidad de aseguramiento.)

Respetado Señor Juez:

Yo, (escribir el nombre del accionante), identificado con la cédula de ciudadanía (escribir número) de (escribir lugar de expedición), actuando en representación (propia) o de mi hij@ (escribir nombre del menor), menor de edad, acudo a su

despacho para interponer **ACCIÓN DE TUTELA**, en defensa de sus derechos Constitucionales Fundamentales a la vida, a la salud, a la vida en condiciones dignas y a la integridad física.

La acción de tutela se dirige contra EPS – (escribir nombre de la entidad de aseguramiento).

1. HECHOS

1. Soy cotizante del Régimen Contributivo de Salud de la EPS (escribir nombre de la entidad de aseguramiento), motivo por el cual (soy) o mi hij@ es beneficiari@, tal como lo acredita el carne que le expidió la misma EPS.

2. Sufro o Mi hij@ sufre de (escribir el diagnóstico o enfermedad) que consiste en (escribir consecuencias de la enfermedad), lo que hace que presente complicaciones que incluso pueden comprometer (mi) o (su) vida. En consulta externa con la Institución Prestadora de Salud (escribir nombre), su médico tratante, doctor(a) (escribir nombre), especialista en (escribir especialidad), determinó la realización de (escribir la actividad, procedimiento, medicamento o lo que se le haya ordenado) para (escribir lo que se busca con dicha actividad, procedimiento, medicamento, etc.).

3. Señor juez, para que el tratamiento sea completo y efectivo, se requiere su orden para que se aplique un tratamiento integral, consistente en cirugías, tratamientos, procedimientos, los medicamentos y si es necesario, órtesis y prótesis que se requieran, todos eso sí, debidamente ordenados por su médico tratante y que no se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS-. Estos tratamientos (me o) ayudarán, mejorarán y mantendrán en mi hij@ un nivel de vida con calidad.

4. Con la respectiva orden de (la cirugía, examen, medicamento, etc.), solicitado por el médico tratante, me dirigí a autorizaciones de la EPS (escribir nombre) con el fin de que autorizaran el (escribir lo que el médico le prescribió) ordenado, obteniendo como respuesta la negativa a la misma por no encontrarse establecido en el Plan Obligatorio de Salud, sin tener en cuenta el criterio profesional que el doctor (escribir nombre), que es especialista en (escribir especialidad), tuvo al solicitar la autorización de (escribir lo ordenado), justificándolo que la no realización de dicho procedimiento ocasionará disfunción y disminución de la calidad de vida de mi hij@.

5. Señor Juez, considero que con esta negativa se encuentra en peligro (mi) o la vida de mi hij@ en condiciones dignas, su salud, y que pueda desarrollar una mediana calidad de vida, ya que es claro según lo ha manifestado por el médico tratante que

su estado de salud es delicado y que si no se realiza el tratamiento requerido para ella, sufrirá enormemente su salud, su calidad de vida y su dignidad.

DERECHOS VULNERADOS

De los hechos expuestos y con el respaldo de las pruebas que para su veracidad se aportan, considero que se está ante una flagrante vulneración a los derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la salud, a la vida en condiciones dignas y a la integridad personal (colocar nombre). La Entidad Promotora de Salud, al negarse a suministrar (escribir lo que se solicita) que requiere (o) para llevar una mediana **calidad** de vida, así como para soportar la (o mi) enfermedad.

La vida humana esta consagrada en la Constitución Política como un valor superior que, de acuerdo al preámbulo debe asegurar la organización política cuyas autoridades, de conformidad con el artículo 2, justamente están instituidas para protegerla. De conformidad con este valor, en cuanto constituye proyección del mismo, en el capítulo correspondiente a los derechos fundamentales, aparece el derecho a la vida, artículo 11 C. P., caracterizado por ser el de mayor vínculo, toda vez que se erige en el valor ontológico para el goce y ejercicio de todos los otros derechos, ya que

cualquier facultad llega a ser inútil ante al inexistencia de un titular al que puedan serle reconocidos.

Por tanto, es preciso agregar, que unido al derecho a la vida, nuestra Constitución contempla la dignidad humana que expresa la finalidad de orientar el sistema público y jurídico a la promoción de la persona, de modo que las exigencias de la dignidad humana ponen de presente que la vida, que constitucionalmente se garantiza, no se reduce a la pura existencia biológica, sino que expande su ámbito para abrigar las condiciones que la hacen digna.

1. De los derechos a la vida en condiciones dignas, la salud y la integridad física.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido reiterativa al señalar:

“Cuando se habla del derecho a la salud, no se está haciendo cosa distinta a identificar un objeto jurídico del derecho a la vida, y lo mismo ocurre cuando se refiere al derecho a la integridad física, es decir, se trata de concreciones del derecho a la vida, mas no de bienes jurídicos desligados de la vida humana, porque su conexidad próxima es inminente”.

El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecer cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y

funcional de su ser..... Siendo así que la salud supone “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sentencia T-59/93 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz,

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por Colombia mediante la Ley 14 de 1968 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y goce de los beneficios del progreso científico.

En (mi caso o en) el caso de mi hij@ está demostrado que (soy cotizante o beneficiari@) en salud, hecho acreditado documentalmente, es claro entonces, el derecho que le asiste y que lo hace acreedor a las prestaciones propias del derecho subjetivo a la seguridad social, específicamente de aquellos que se relaciona con la atención integral: procedimientos quirúrgicos, suministro de medicamentos, prótesis y rehabilitación física y, en general, todos los requerimientos que demanda una adecuada recuperación de la salud.

De no asumirse la totalidad del procedimiento necesario lo más rápido posible, la entidad accionada está afectando seriamente (mi o la) integridad física de mi hij@ con una desmejora progresiva de su salud y también de la tranquilidad personal y familiar, lo que redundará en el desconocimiento de su derecho a una vida digna.

JURISPRUDENCIA

A través del tiempo y a partir de la nueva Constitución Política de Colombia de 1991, las personas se han visto abocadas a la defensa de sus derechos con la oportunidad consagrada en la ACCION DE TUTELA, y en lo que respecta específicamente al derecho a la vida, y al derecho a la salud, consagrados en la Constitución como derechos fundamentales; es así como en diferentes oportunidades los altos magistrados se han pronunciado al respecto y por tanto podemos mirar y analizar varios apartes de decisiones tomadas en tutelas presentadas y falladas de acuerdo al mismo o similar tema:

SENTENCIA T – 760 DE 2008

MAGISTRADO PONENTE. DR MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

“3. El derecho a la salud como derecho fundamental

El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte

identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. A continuación, pasa la Corte a delimitar y caracterizar el derecho a la salud, en los términos en que ha sido consignado por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la Ley y la jurisprudencia”.

4.4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad.

4.4.1. El derecho a acceder a los servicios que se ‘requieran’.

Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios que *requiera*, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su

vida, su integridad personal, o su dignidad. El orden constitucional vigente garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuáles depende su mínimo vital y su dignidad como persona. La forma en que se garantiza su acceso al servicio de salud, depende de la manera en que la persona se encuentre vinculada al Sistema de Salud.

4.4.2. El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud, pero no es exclusivo.

En el Sistema de Salud, la persona competente para decidir cuándo alguien requiere un servicio de salud es el médico tratante, por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente. La jurisprudencia constitucional ha considerado que el criterio del médico relevante es el de aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio; por lo que, en principio, el amparo suele ser negado cuando se invoca la tutela sin contar con tal concepto.

4.4.4. Regla para solucionar conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico.

4.4.4.1. Como se dijo antes (*ver apartado 4.4.3.2.3.*), existe un vacío en la regulación, por cuanto si el servicio de salud es distinto a un medicamento, el Comité Técnico

Científico, no tiene competencia para autorizar el servicio, y por tanto, la entidad promotora tampoco. En estos casos, el medio de defensa con el que cuenta toda persona para que se le garantice su derecho a acceder a un servicio de salud que requiere, y el cual no está contemplado en el plan de servicios, es recurrir a la protección del juez constitucional, mediante una acción de tutela.

4.4.4.2. Ahora bien, también existe una laguna en la regulación, respecto de las reglas para solucionar los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico, en torno a si una persona requiere o no un servicio de salud no incluido dentro del POS. En el año 2002, luego de constatar que existía una laguna normativa en torno a la cuestión, y que la misma representaba un obstáculo al goce efectivo del derecho a la salud, la Corte Constitucional decidió que *“mientras no se establezca un procedimiento expedito para resolver con base en criterios claros los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico de una EPS, la decisión de un médico tratante de ordenar una droga excluida del POS, por considerarla necesaria para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico, basado en (i) conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, y (ii) en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere lo contrario.”* En caso de que existan tratamientos sustitutos dentro del Plan Obligatorio de Salud para tratar la enfermedad que la persona padece, y el médico tratante insista, sin embargo, en que se autorice el suministro

de un servicio no incluido dentro del plan obligatorio de salud, la aplicación de la regla anterior, asegurará que el concepto del médico tratante no se desconozca, salvo que existan razones médicas para ello”.

SENTENCIA T-332 de 2009

MAGISTRADO PONENTE JUAN CARLOS HENAO PÉREZ

En esta sentencia La corte Constitucional tuteló el derecho a la salud de la accionante en la cual el Comité Técnico Científico de la EPS Sanitas le negó la solicitud manifestando:

“En este caso, la Sala no encuentra que la negativa del Comité Técnico Científico tenga como fundamento algún concepto médico, que denote un conocimiento completo y suficiente sobre la historia clínica de la actora que justifique su decisión en los términos exigidos por la jurisprudencia constitucional. Adicionalmente, al señalar que no se han agotado las alternativas del POS para tratar la enfermedad de la actora, es una obligación del Comité Técnico Científico, si pretende desconocer la orden del médico tratante, indicar clara y expresamente cuáles alternativas médicas han dejado de ser empleadas como posibles medidas terapéuticas. En este sentido, las afirmaciones genéricas sobre la no utilización de todas las posibilidades del POS, no constituyen un criterio suficiente para desconocer la orden del médico tratante .

Por todo lo anterior, en el presente asunto la Sala encuentra, como en otras ocasiones, que resulta necesario respetar el criterio médico sobre el concepto del Comité Técnico Científico de la demandada.

Ya no es necesario recurrir a la tutela para acceder a tratamiento médico completo; Corte desarrolla principio de integralidad. Sentencia T-0830 (T-1379485).

Corte Constitucional. Con el fin de garantizar la continuidad en la prestación del servicio y evitar al paciente interponer una acción de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por el médico tratante, la Corte Constitucional desarrolló el principio de integralidad, con el cual se estableció que el juez de tutela debe ordenar que se garantice el acceso a todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir el tratamiento requerido. En virtud de lo anterior la Sala agregó que: “la atención y el tratamiento a que tienen derecho el afiliado cotizante y su beneficiario son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de droga, intervención quirúrgica, práctica de rehabilitación, examen para el diagnóstico y el seguimiento, y otros componentes que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento del estado de salud del paciente que se le ha encomendado, dentro de los límites establecidos en la ley”.

PRUEBAS

1. Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.
2. Fotocopia del registro civil y del carné de afiliación de mi hij@.
3. Fotocopia de la solicitud y requerimiento realizado a la EPS (escribir nombre) por parte del doctor (escribir nombre), donde requiere para (mi o para mi hij@) la realización de (escribir actividad, procedimiento, medicamento, etc ordenado).
4. Fotocopia de la respuesta enviada por la EPS (colocar nombre), donde niega la realización del (procedimiento, cirugía, medicamento, examen, etc.)
5. Las que usted considere pertinente practicar señor Juez.

PRETENSIONES

Con fundamento en los hechos relacionados, me permito solicitar respetuosamente, al Señor Juez, disponer y ordenar a (escribir nombre de la entidad de aseguramiento) y a favor (mío o de mi hij@):

1. Tutelar los derechos fundamentales constitucionales a la vida, a la salud, a la igualdad y a la dignidad humana por la negativa de la EPS (escribir nombre) a suministrar (escribir lo ordenado) y el TRATAMIENTO INTEGRAL que requiera para (mi) la

completa recuperación de mi hij@ y que sean formulados por los médicos tratantes.

2. Que como consecuencia de lo anterior se ordene:

1. Asumir la totalidad de los costos que demanda el tratamiento integral, en consideración a la enfermedad que padece mi hija(o).

2. De manera permanente y hasta que las circunstancias así lo ameriten, suministrar el tratamiento integral con cirugías, Prótesis, Rehabilitación, medicamentos, terapias (físicas, ocupacionales, de lenguaje) y demás tratamientos necesarios para (mi) la completa recuperación de mi hij@, que sean formulados por los médicos tratantes y que no se encuentren en el POS, los cuales ayudarán a superar la enfermedad de mi hij@ y que le permitirán llevar una mejor calidad de vida.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento mi accionar en lo dispuesto en los artículos 23 y 86 de la Constitución Nacional, decretos 2591 y 306 de 1991 y ley 24 de 1992.

JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento, manifiesto que no he instaurado otra acción de tutela con fundamento en los mismos hechos y derechos, y contra la misma autoridad a que se contrae la presenta, ante ninguna autoridad judicial.

ANEXOS

1. Copia de la demanda para el archivo del juzgado.
2. Fotocopia de los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones en la (escribir dirección). Barrio (escribir nombre).
Teléfono (escribir número).

La EPS (escribir nombre), recibe notificaciones en sus oficinas principales.

Del Señor Juez,

Atentamente

Escribir nombre del accionante.

C. C. No. _____ de _____



**Defensoría
del Pueblo**
COLOMBIA

Calle 55 No. 10-32
Tel. 57+1 314 4000
57+1 314 7300
Bogotá D.C., Colombia

www.defensoria.gov.co



**LIGA
COLOMBIANA
CONTRA
EL CÁNCER**