



**ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL DE LA NEGACIÓN EN LA AUTORIZACIÓN DE
MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE ALTO COSTO EN ENFERMEDADES
CATASTRÓFICAS POR PARTE DE LAS EPS EN MEDELLÍN¹**

ANDRÉS FELIPE VÉLEZ BLANDÓN²

HECTOR EDUARDO BENITÉZ MOSQUERA³

Resumen

La presente investigación pretendió analizar jurisprudencialmente la negación de servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo en enfermedades catastróficas por parte de las EPS en ciudadanos de Medellín (Colombia). Para lo anterior, se estudiaron y analizaron los conceptos y variables relacionadas con la negación de servicios de salud, como también el de Entidades Promotoras de Salud y de Enfermedades Catastróficas en el contexto internacional. El método de la investigación fue un estudio cualitativo descriptivo, cuyo instrumento principal son las bases de datos bibliográficas (EBSCO, Scopus, Google Academic, etc.), revistas indexadas en Q4, como también Editoriales Académicas avaladas por el Ministerio de Ciencias. Los resultados demuestran que los individuos que padecen cualquier enfermedad catastrófica, aunque, se encuentran amparados en la Ley 100 de 1993, aún continúan con muchas barreras para acceder a los diversos sistemas y servicios de salud, especialmente aquellas reguladas por las Entidades Promotoras de Salud.

¹ Artículo de revisión bibliográfica para optar por el título de abogado en la universidad católica Luis amigo. Asesora metodología: Yenny Bedoya; asesor temático: Gustavo Adolfo Yarce Vélez.

² Estudiante de Derecho de la universidad católica Luis amigo, sede Medellín - Colombia. Correo electrónico: andres.velezbl@amigo.edu.co

³ Estudiante de Derecho de la universidad católica Luis amigo, sede Medellín - Colombia. Correo electrónico: hectoruardo.benitezbe@amigo.edu.co

Palabras clave: Entidades promotoras de salud, enfermedades catastróficas, negación de servicios.

Abstract

The present investigation aimed to analyze jurisprudentially the denial of services, medications, and procedures of high cost in catastrophic illnesses by the EPS in citizens of Medellín (Colombia). For the above, the concepts and variables related to the denial of health services were studied and analyzed, as well as that of Health Promoting Entities and Catastrophic Diseases in the international context. The research method was a descriptive qualitative study, whose main instrument is the bibliographic databases (EBSCO, Scopus, Google Academic, etc.), journals indexed in Q4, as well as Academic Publishers endorsed by the Ministry of Sciences. The results show that individuals who suffer from any catastrophic illness, although they are covered by Law 100 of 1993, still face many barriers to access the various health systems and services, especially those regulated by the Health Promoting Entities.

Keywords: Health promoting entities, catastrophic illnesses, denial of services.

INTRODUCCIÓN

Uno de los postulados que propuso el Programa De las Naciones Unidas para el Desarrollo, (PNUD) en 2015 dado a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), corresponde al tema relacionado con Salud y Bienestar definido en el ODS número tres, en el que se plantea asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades, ello a nivel global (Machado, Moncada, 2012). Para lo anterior, el gobierno colombiano, como parte de la Organización Mundial de las Naciones Unidas, tiene varios reglamentos, decretos, sentencias y leyes que contribuyen a que los derechos de los ciudadanos, específicamente aquellos relacionados con la salud y las enfermedades de alto costo sean cubiertas.

Por este motivo, es que la presente monografía, toma en cuenta la posición jurídica del Estado colombiano sobre los ODS, que tiene como misión para el año 2030, terminar las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis; lo anterior con el fin de reducir los altos índices de muertes que arrojan un 200% en niños que nacen en la pobreza a diferencia de los que nacen en familias ricas, de igual manera sucede con los 2.1 millones de personas que contrajeron el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); por ende, se entiende que es un tema que atañe al mundo entero; por consiguiente, es de suma importancia tener en cuenta este álgido tema, puesto que, conforme a los datos arrojados por Lopera (2017), que indica que en Colombia el 2% aproximadamente de la población tiene enfermedad de alto costo, como las antes mencionadas al igual que las descritas por el Ministerio de Salud y Protección Social señaladas en la Resolución 5269 del 2017: Trasplante renal, corazón, hígado, medula ósea y cornea; manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena

cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinámica para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio; manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, así mismo los casos de trauma que afectan la columna vertebral o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología; corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran; atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario; atención integral del gran quemado incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la atención fisiátrica y terapia física; paciente infectado por VIH/sida ; paciente con cáncer; reemplazos articulares; internación en unidad de cuidados intensivos; manejo quirúrgico de enfermedades congénitas; manejo del trauma mayor. (Machado, Moncada, 2012)

De ahí que se infiere que se vienen presentando una serie de cambios conforme a las enfermedades de alto costo desde la creación de la ley 100 de 1993, que hoy se ha convertido en un tema complejo de manejar, tanto para el sistema de salud como para la población afectada por no tener fácil acceso a los tratamientos que generan las enfermedades de alto costo, de una u otra manera, se han realizado ajustes de tipo normativo y se han emitido pronunciamientos del Ministerio de Salud como ente rector de la salud en Colombia, que han sido significativos frente al tema por múltiples razones como lo son la carga que tiene el

Estado frente a lo costoso que se vuelve en el sistema la aplicación de medicamentos o tratamientos de alto costo a la población afectada en este caso, y por otro lado las graves afectaciones que pueden sufrir las personas de la población pobre dentro del territorio nacional que hacen parte del régimen subsidiado al mismo tiempo los que ni tan siquiera hacen parte del régimen subsidiado. Todo lo anteriormente mencionado llama la atención porque si bien es cierto que, en el pronunciamiento de cada uno de los procedimientos ahí señalados, crea una amplia brecha a la hora de que sean prestados dichos servicios a las personas adscritas al régimen subsidiado en salud. (Lopera, 2017).

Tal situación no es ajena para los residentes del municipio de Medellín en el departamento de Antioquia, donde las cifras de tutelas recibidas en la Secretaría Seccional de Salud, que cuentan con un promedio de 200 diarias, evidenciando la recurrencia en la negatividad de proporcionar tanto los medicamentos de alto costo como de una atención integral que permita continuidad en la prestación del servicio al igual que se cumpla con el fin último de cobertura y calidad que es inherente a los objetivos sectoriales definidos en la ley; por consiguiente a los derechos humanos. Sin embargo, la implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que determina la entrega oportuna de los medicamentos de alto costo ha pasado desapercibida y cada vez más se vulnera el acceso a dichos pacientes que requieren tratamientos no incluidos en plan de beneficios (Lopera, 2017).

Esta investigación surge de la necesidad de conocer cómo han afectado a la sociedad directamente, cual ha sido el rol de la jurisprudencia, como también por qué las Empresas Promotoras de Salud (EPS) niegan los medicamentos a pacientes que sufren enfermedades catastróficas con el propósito de saber cuáles son las enfermedades catastróficas que más le niegan los medicamentos a pacientes que la padecen y crear una estrategia, que permita que

sea cumplida la ley a través de diferentes mecanismos de participación ciudadana, que permita agilizar la entrega de los medicamentos. Los beneficios sociales de este trabajo fueron que las personas conozcan de aspectos jurídicos que contribuyan a que hagan valer sus derechos, para que así se evite que enfermedades avancen sin el suministro de los medicamentos necesarios para conservar la vida y salud del paciente.

Este artículo va a tener como beneficio tratar que se conozcan aquellos derechos adquiridos que tienen los pacientes con estas enfermedades catastróficas y que está emanando en la Constitución Política y a los entes de control para que haga un seguimiento minucioso a estas EPS que le están negando los medicamentos a estos pacientes.

REFERENTES CONCEPTUALES

Las enfermedades catastróficas según Santos, et al. (2011), son aquellas que tienen un grado alto de complejidad y deterioran en el día a día la salud de los individuos. Estas enfermedades, además, son amenazantes para la vida, disminuyen la productividad y capacidad de independencias de las personas y tienen un alto porcentaje de letalidad (Nieto, 2005).

En Colombia, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son las encargadas de prestar los servicios médicos, por lo tanto, también son las responsables de atender a los pacientes con enfermedades catastróficas en hospitales, clínicas o centros específicos de atención a la salud, tanto en la zona rural como urbana. (Cardona, et al. 2011)

Los ciudadanos colombianos según el Ministerio de Salud de Colombia (2006), deben estar afiliadas en una EPS, bajo dos regímenes de afiliación en el Sistema General de Salud:

La primera, es el *régimen contributivo*, el cual, según la Ley 100 (1993), son aquellas personas que se vinculan a través del pago de una cotización individual o familiar de seguridad social, a través de su empleador o como independiente. El pago se debe hacer mensualmente, adicionalmente cuando hay atención a través de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), deben pagar un copago definido año a año por el Ministerio de Salud de Colombia. Las IPS al atender a la persona, calculan los costos de los servicios prestados y hacen los cobros a las EPS. La segunda, es el *régimen subsidiado* según la Ley 100 (1993), son aquellas personas afiliadas por el estado gratuitamente, debido a que no tienen capacidad de cotizar en el Sistema de Seguridad Social.

Ahora bien, las EPS, en algunos casos, niegan los servicios a los individuos. Negación definida como la omisión de socorro o de prestación de servicios a una persona cuya vida o

salud corra riesgo o peligro (Rodríguez, *et al.* 2015). Es muy importante tener en cuenta esta definición, ya que permite entender que los servicios no son asegurables a los sujetos, así la ley lo tipifique en la Constitución Política de Colombia (1991) como el derecho fundamental a la salud o incluso en la Ley 100, que especifica la obligatoriedad de servicios en las clínicas e IPS sin importar la afiliación de las personas.

MÉTODOLOGÍA

La presente actividad tendrá la característica de implementar un método cualitativo. La selección e implementación de este se fundamenta en la búsqueda de datos empíricos a través de la interpretación del discurso escrito u oral. (Hernández, *et al.*, 2010). Respecto al tiempo que se toma para la investigación, este se da de manera transversal. Se decide esto, debido a que la reglamentación y dinámicas nacionales con relación a las EPS cambian en el día a día y de acuerdo con los gobernantes de turno, por lo que la investigación solo tendrá en cuenta estudios indexados de los últimos 10 años.

Con relación a los instrumentos utilizados, se tuvo en cuenta bases de datos bibliográficas como EBSCO, SCOPUS, Web Of Science, Pubindex, entre otros. De este modo, se obtienen artículos de calidad, revisados por pares y avalados por la comunidad científica. Lo anterior a partir de las siguientes categorías de rastreo:

Tabla 1. Relación entre objetos específicos y categorías de rastreo de la información

| Objetivos específicos | Categorías de rastreo/análisis de datos |
|--|---|
| Identificar las implicaciones jurídicas que tiene la negación de servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por enfermedades catastróficas por parte de las EPS en ciudadanos de Colombia. | Implicaciones jurídicas que tiene la negación de servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por enfermedades catastróficas por parte de las EPS en ciudadanos de Colombia |
| Analizar los servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por las enfermedades catastróficas en los regímenes de salud en Colombia | Servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por las enfermedades catastróficas en los regímenes de salud en Colombia |
| Detallar el conducto regular para la autorización de servicios, medicamentos y procedimientos derivados de las enfermedades catastróficas en Colombia. | Conducto regular para la autorización de servicios, medicamentos y procedimientos derivados de las enfermedades catastróficas en Colombia. |

Nota: Elaboración propia

El presente artículo se desarrolló en tres fases. La primera fase se basó en la *Contextualización teórica* donde se establecieron los principales marcos de referencias conceptuales, en este se dio a conocer la situación actual de las investigaciones realizadas alrededor de la negación de servicios esenciales por partes de las EPS y como pueden llegar a afectar a los ciudadanos colombianos.

La segunda fase que se realizó será el *trabajo de campo*, donde se revisó e implementó el instrumento para la recolección de datos. A partir de una matriz se analizaron los datos brindados por los artículos científicos leídos y cuáles contribuyeron a la presente investigación.

La tercera fase fue la *organización, presentación y análisis de los datos*, la cual se hará de acuerdo con la modalidad de análisis categorial del contenido, donde se obtuvieron unos datos que fueron interpretados a partir de los criterios establecidos en los objetivos específicos. Finalmente, se hará un cierre con las conclusiones obtenidas en el estudio.

Conducto regular para la autorización de servicios, medicamentos y procedimientos derivados de las enfermedades catastróficas en Medellín

Con el paso del tiempo y en medio de una serie de componentes basados en la predisposición genética, los cuidados que se le han dado al organismo y diferentes factores ambientales que rodean a la sociedad, se genera una serie de probabilidades de padecer diversas enfermedades como las llamadas “catastróficas”; las cuales, poseen un conducto regular para la autorización de servicios, medicamentos y procedimientos en nuestro país.

Por ende, es importante acotar que las enfermedades catastróficas son una condición de salud grave que requiere atención médica extensa y hospitalización (Gutiérrez, 2018), en donde además se presenta una carga financiera muy amplia tanto para el paciente, su familia y su prestador de salud. Algunos ejemplos de estas constituyen: entrar en un estado de coma, varios tipos de cáncer, VIH, derrame cerebral y enfermedades del corazón debilitantes, etc. (Pineda, 2021), las cuales, comprenden una característica específica basada en el impedimento para desarrollar actividades normales y, por ende, disminución en la generación de ingresos financieros (Martínez, 2020)

En medio de esto, La República de Colombia decide expedir la ley 972 (2005) la cual se adoptaron normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano a la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida; en aras de propiciar un cuidado integral que constituya el suministro de aquellos medicamentos y procedimientos desarrollados para un diagnóstico y tratamiento oportuno, en pro de dar cumplimiento a su vez, al artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (1991) en su artículo 49 menciona que se concibe que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los

servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, por lo tanto, es una obligación del Estado organizar, dirigir y generar una reglamentación en aras de su cumplimiento.

Por otra parte, dentro del proceso de autorización, existe un conducto regular en donde en primera instancia se debe acudir al médico para que éste designe el requerimiento asignado, posterior se debe analizar el caso acorde a si es Plan Obligatorio de Salud (POS) o Plan Complementario de Salud (PBS).

De tal modo, en el caso de que estos sean cubiertos por el POS el cual desde el 1 de enero de 1995 empezó a regir (Anónimo, 1995), bajo una determinación como Plan Obligatorio de Salud quién define como el conjunto de servicios de atención en salud y prestaciones económicas a que tiene derecho todo afiliado al régimen, en caso de necesitarlo (Córdoba, 2021) se pueden reclamar de forma directa en la farmacia correspondiente a la IPS, en el caso de medicamentos se debe dirigir presencialmente a la asignada por el prestador de salud y en caso de ayudas diagnosticas o citas se debe proceder a realizar autorización con la EPS, teniendo en cuenta que “Para el caso de medicina general se debe esperar un máximo de 3 días. Para la consulta con especialista no hay término establecido.” (Supersalud, 2016).

En caso contrario, de tratarse de un medicamento, procedimiento o servicio no POS el médico deberá diligenciar el sistema MIPRES mipres, el cual “es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios” (Minsalud, 2022) , en donde el profesional le entregará al paciente la fórmula con el número respectivo , en donde se plantea esperar máximo cinco días para que su EPS, le suministre la tecnología en salud o servicios complementarios (Rangel, et al. 2021). Dando de tal forma cumplimiento

a la resolución 532 de 2007 la cual modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones, en medio de determinar el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. (Martínez, García, 2020)

A su vez, es importante dar claridad que esto se propicia en medio del apoyo dado a través de la resolución 1328 de 2016 en busca de determinar el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. (Alzate, 2019).

En última instancia, en caso de no autorizar o de demorarse más del tiempo establecido se puede propiciar una comunicación “ante la Superintendencia Nacional de Salud, presentando una demanda en los asuntos establecidos en el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificado por el Artículo 6 de la Ley 1949 de 2019” (Supersalud, 2022), en donde dicha ley “tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios” (Congreso de Colombia, 2007). Teniendo en cuenta, que si esto no cobra efecto se debe proceder con acciones legales.

Para concluir, es crucial destacar la labor del Estado en medio de propender acciones a favor de las personas que sufren enfermedades catastróficas, como el hecho de que la Corte Constitucional haya establecido dos escenarios para que los jueces de tutela inapliquen las normas que regulan los pagos moderadores (Bermúdez, 2015), uno por condiciones

económicas y el otro por especificaciones propias de la norma; lo cual, representa un avance al sistema de salud.

Servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por las enfermedades catastróficas en los regímenes de Salud en Medellín

En el ámbito de la salud, existe una gran variedad de servicios, medicamentos y procedimientos diseñados para satisfacer las necesidades de los usuarios; en medio de generar una calidad de vida óptima y propender un cuidado integral de la salud. El cual, está basado en medio de la prevención, el tratamiento y el manejo oportuno de diversas enfermedades; donde, se debe dar un especial énfasis a aquellas que son catastróficas y representan un alto costo para los regímenes de salud en Colombia, representados principalmente por las EPS.

A partir de esto, es vital identificar que las enfermedades catastróficas son aquellas que confieren un alto costo y generan índices de vida cortos y complejos; en medio, de un proceso de intervención constante por diferentes especialistas, los cuales procuran generar un diagnóstico oportuno y facilitar en todas las etapas la calidad de vida de los pacientes (Ruiz, 2020) Además, dichas enfermedades confieren una característica clave, en medio de que poseen un curso crónico de la patología y generan un alto costo económico y un impacto social importante de considerar. (Chicaiza, 2009)

Por ende, es clave generar una identificación adecuada; en medio de lo cual, se estableció la Resolución 2565 de 2007 y la Resolución 3974 de 2009 en las cuales se asigna un listado de enfermedades de alto costo, en fin, de comprender las patologías y saber generar una identificación más amplia frente a estas y, en consecuencia; un tratamiento adecuado.

Algunas que presentan mayor frecuencia son: el sida, los trasplantes de diferente índole como de corazón, hígado o médula ósea, el cáncer y algunas enfermedades autoinmunes. (Clavijo, 2018).

En ese sentido, es claro destacar la importancia de identificar las enfermedades catastróficas, en medio de concebir que aproximadamente dentro de la población colombiana entre el 1 y el 2% ,tiene una enfermedad de alto costo; lo cual, genera un impacto importante para el régimen de salud y confiere como lo dice Gallardo, et al. (2016), un abordaje relevante en cuanto a la modificación continua, en medio de: la gestión del riesgo de salud, el ajuste epidemiológico adecuado y una protección continua, en aras de disminuir una catástrofe financiera que se pudiese presentar en torno a la ciudadanía. Derivado de lo cual, se concibe una protección continua con miramientos a generar prevención en la detección de enfermedades, lo cual, permite aumentar o prolongar los estándares de vida y así mismo; disminuir los costos en medio de una enfermedad, que puede ser tratada a lo largo del tiempo y que no requerirá una intervención simultánea, cuando ya se encuentran en estadios avanzados.

A partir de esto, el gobierno promueve la Ley 100 de 1993, que constó de una reforma por la Ley 1122 de 2007; en medio de la cual, decide generar una lista explícita de las patologías en abordaje consideradas como de alto costo debido a que estas han generado una evolución constante y por lo cual, se debe presentar una anticipación monetaria o económica para propender de una protección financiera, que incentive la identificación correcta de patologías y su orientación consecuente; con el propósito de salvaguardar la vida (Ramos, Sánchez, 2018)

Por ende, en medio de este empeño constante, el Ministerio de salud y protección social con el apoyo presidencial crea una cuenta de alto costo; donde las entidades del régimen de salud del país, generan una administración financiera de los recursos destinados a las enfermedades catastróficas; con el fin de promover una protección en ámbitos de detección temprana y atención oportuna; las cuales, serán administradas mediante todas las entidades de salud, conformadas en los diversos regímenes existentes. Así mismo, queda consagrado dentro de éste el Decreto 2699 de 2007, como se concibe un monto de distribución y un giro de recursos, en aras de cumplir dicho proceso. Además, en ese sentido se destacan aquellos factores que dan lugar a incumplimientos y las consecuencias que tendría; en medio de generar unos requisitos y revisiones de la información, con el fin de poder tener una solvencia a largo plazo.

A partir de esto, es claro identificar un problema muy importante dentro de la salud en Colombia, basado en comprender que algunas instituciones prestadoras de salud o más conocidas como IPS, contiene dificultades en medio de la generación de privatización del servicio contenido en una exclusividad o prioridad, a aquellos que tienen los medios para generar pagos particulares, a los servicios, medicamentos y procedimientos realizados, dejándolos por encima de aquellos que no (Planes Complementario de Salud), pues son personas por las que las EPS responden de forma rápida.

Lo anterior, incide en la administración financiera de estos centros, en medio de generar recursos que puedan ser utilizados puesto que esto permite una solvencia inmediata, a diferencia de las EPS en cuanto a que algunas de estas demoran tiempos prolongados en efectuar los pagos, produciendo así retrasos importantes en medio de la atención a los usuarios, incluso, deudas millonarias, como las consecuentes a aquellas que han sido

liquidadas por la Supersalud, pues se incumplen los protocolos requeridos de atención, en el ámbito de la oportunidad de los servicios y la calidad de los mismos.

En medio de estas dificultades, se creó la Resolución 3974 de 2009, por parte del Ministerio de Protección Social; la cual reafirma las enfermedades de tipo catastrófico, además de generar unos criterios específicos de selección y procesos en cuanto a: la priorización, la relación que esta contiene con el país, la agudeza con la que se presenta la enfermedad, las posibilidades de prevención y el costo enmarcado hacia el Sistema de Seguridad Social. Propiciando, factores claves que permiten evitar la corrupción y burocracia, que se ven implicados en la calidad de vida de las personas y determinantes en sus procesos de incidencia; en cuanto a las patologías, su posible cura y de forma clara el tratamiento que reciben.

Es así, como se hace necesario comprender la vida de las personas que sufren enfermedades catastróficas, se identifican tres aspectos en los cuales se centra el tratamiento, basado en: servicios, medicamentos y procedimientos, por lo cual, se plantea una descripción de cada uno y su consistencia básica, donde se valora que: Los medicamentos, consiguen un valor alto, ya que son fruto de estudios científicos amplios, con el fin de encontrar la variedad de compuestos que sean aptos para el tratamiento humano y que a su vez permitan calmar los dolores y padecimientos de aquellas personas con enfermedades crónicas; así mismo, los servicios van enfocados a un apoyo multisistémico de una gran variedad de especialistas médicos, con el fin de asegurar su cobertura total y por último, los procedimientos médicos están basados en una clasificación de diversos tipos como: la radioterapia, la diálisis, la quimioterapia, etc. (Clavijo, 2018)

También, se identificó que en Colombia se encuentra un recurso humano deficiente en cuanto al área de los especialistas médicos; donde, cabe señalar además una de las primeras causas que generan una morbilidad por enfermedad catastrófica, representada mediante la insuficiencia renal y seguida por diagnósticos oncológicos, en donde prima el cáncer de mama con un precedente importante a nivel nacional. (Moreno, Sánchez, 2018).

Por último, es importante concluir resaltando la importancia de los servicios, medicamentos y procedimiento dentro del tratamiento de las enfermedades catastróficas en medio de procurar una estabilidad en la enfermedad y minimizar la probabilidad de progresión en estas, de ese modo fomentando una calidad de vida coherente con la dignidad humana que merece cada individuo.

Implicaciones jurídicas que tiene la negación de servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por enfermedades catastróficas por parte de las EPS en ciudadanos de Medellín

El alto costo por las enfermedades catastróficas genera un incremento notable en el descenso de recursos de las EPS; teniendo en cuenta, las implicaciones que éstas generan y los tiempos de la enfermedad, los cuales se tornan prolongados. Así mismo, en medio de este proceso impactante para los recursos financieros, se ve reflejada una vulneración en una gran cantidad de casos, de pacientes con dichas enfermedades, a quienes se les restringe el acceso y se les violan los derechos de salud, generando una negación en los servicios, medicamentos y procedimientos para satisfacer estas necesidades; orientado a partir de implicaciones jurídicas, que se pueden presentar específicamente en el caso de Antioquia, como lugar de análisis. (Celis, 2015)

A partir de esto, Plazas y Moreno (2017), consideran que es vital identificar que posterior al 2005, se ha visto evidenciado un aumento considerable en los casos de enfermedades catastróficas en los profesores de Antioquia y su población en general; en lo cual, se evidencia como enfermedades principales el VIH, en cuanto a que en el 2017 se identificaron que aproximadamente 105 profesores habían resultado contagiados con dicho virus, presentado a partir de una estadística de la EPS de los docentes, la cual era la fundación médico preventiva.

Además, es relevante tener una comprensión clara frente a este tema debido a que las enfermedades catastróficas; las cuales, también son denominadas de alto costo, generan un índice de mortalidad muy alto, que, a su vez, propende una atención de índole permanente,

complejo y bastante costoso, caracterizado por requerir una gran gama de equipos tecnológicos, medicamentos novedosos y profesionales de diversa índole (Guzmán, 2018).

Por lo cual Alvis (2011), en su momento, lidera un estudio basado en la utilización de servicios de salud; en los cuales, se identifica que hay una gran incidencia en las enfermedades arteriales coronarias, enfermedades huérfanas, epilepsia y enfermedades renales; identificándose en medio de esto, diferencias notables en diversos regímenes de afiliación (constituido por contributivo y subsidiado), y variabilidad dentro de su atención, en medio de privatización del servicio

Teniendo en cuenta lo anterior, es vital recordar la ley 1751 de 2015; la cual, permite generar una regulación en cuanto a los fundamentos de salud y su atención integral, en aras de mecanismos de protección que garanticen su ejecución. Así mismo, se debe tener en cuenta que el estado, deberá generar una garantía del goce efectivo de la salud, sin discriminación alguna y bajo principios congruentes, con los derechos humanos fundamentales (Martínez, 2013).

En consecuencia, Sotelo (2000), designa una serie de implicaciones jurídicas que amparan a los usuarios, en medio de la negación de servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo, por enfermedades catastróficas, por parte de sus EPS. Las cuales, van conferidas desde multas millonarias por la negligencia o negación en estas, hasta cierre total de las mismas en aras de propiciar un precedente para el cumplimiento de la normatividad y la generación de avances en el sistema de salud. (Vergara, Pérez, 2020)

En este sentido, las implicaciones jurídicas se verán reflejadas en medio de un consenso base, a partir del seguimiento hecho por la Superintendencia de salud (Supersalud); la cual es un ente de control, mediado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que

busca propender por una inspección y vigilancia al sistema de Seguridad Social, en el ámbito de la salud. Contribuyendo así, a un desarrollo oportuno de los servicios prestados por las EPS a los usuarios y con el fin, de permitir una defensa clara de los derechos de los ciudadanos colombianos en aras de garantizar su bienestar, (Ríos, Ossa, 2016)

Por ende, Contreras, et al. (2007), concibe la importancia de permitir el acceso al sistema de salud de forma oportuna, en medio de comprender que las personas que padecen de enfermedades que requieren alto costo, se ven constantemente en condiciones precarias, que debilitan sus organismos y por lo cual, son propensas a una muerte súbita; más aún, en medio de condiciones que no resultan en muchas ocasiones ser óptimas, para su desarrollo adecuado; en medio de encontrar una cura oportuna o al menos, mejorar su calidad de vida.

Es así, cómo los ciudadanos pueden contribuir a las implicaciones jurídicas designadas a las EPS en medio de la instauración de: Peticiones, quejas y/o reclamos, que van referidos desde la prestación de los servicios, en cuanto a calidad y oportunidad, como la coherencia con el tratamiento en desarrollo; generando así, una conciencia activa de los mismos. (Frías, 2017)

Teniendo en cuenta, que participar es cada vez más sencillo, puesto que la Supersalud posee líneas de atención variadas que van desde la telefónica, virtual, diligenciamiento online y atención presencial; permitiendo así generar una asesoría personalizada que propenda a beneficiar a los usuarios de las diversas EPS, en medio de verse reflejadas sus necesidades y de tal modo, ser un puente ante estas para garantizar el cumplimiento de los requerimientos base, que contribuyen a mejorar su calidad de vida en cuanto al ámbito de la salud (Supersalud, s.f)

A su vez, lo dicho anteriormente se ve ejemplificado en cuanto a la EPS Savia Salud en el departamento de Antioquia, quien dentro de su régimen subsidiado confiere una suma que supera los 200 millones de pesos; de los cuales un aproximado del 80% se ve inmerso en gastos exteriores al departamento. Para la cual se ha generado por parte de la Supersalud un estudio congruente, en base de revisar lo que se concibe como el régimen subsidiado, quien está dirigido para las zonas más vulnerables de la región. (Plazas, Moreno, 2017)

En este mismo sentido, se puede identificar EPS como Medimás y Coomeva, las cuales han pasado por procesos jurídicos importantes en medio de sus problemas financieros y oportunidad en los servicios; además de la red que genera su administración coherente. Por ende, se tiene presente a Coomeva, quien fue recientemente liquidada, después de mostrar su falta de equilibrio financiero y su capacidad para propender la vida y la salud en diversos departamentos del país (Flórez, 2016). Además, cabe destacar que Coomeva, estuvo durante mucho tiempo en intervenciones por parte de la Supersalud, las cuales no fueron acatadas y generó una repercusión importante en el sistema de salud, debido a las deudas contenidas a diversas IPS y a la falta de garantía, en medio de generar un diagnóstico oportuno a pacientes con enfermedades catastróficas y a la prestación de su servicio de forma coherente; la cual, no fue acatada, ni con diversos fallos de tutela. (Vergara, Pérez, 2020)

En consecuencia, se logra evidenciar que, a partir de las EPS mencionadas con anterioridad, se desarrolla una falla significativa no solo en Antioquia sino en toda Colombia, en medio de una búsqueda constante por generar una propensión amplia frente a la vida y su garantía. A partir de considerar, que según la Organización Mundial de la Salud (2020), el cáncer y resto de enfermedades catastróficas, generan muertes considerables a nivel mundial y más aún, enmarcadas en la población vulnerable; debido, a no poseer un tratamiento

oportuno, puesto que muchas EPS no cuentan con los recursos financieros para generar una prevención a la enfermedad, para así brindar una atención continua y eficiente, propendiendo así una garantía vital.

Por otra parte, es vital identificar que acorde algunos estudios planteados por Luna y Ossa (2016), se formula que Antioquia es considerada la región donde se producen más tutelas referentes al derecho de salud y el segundo con más derechos de petición. En donde, se logra identificar que a pesar de que la salud es un tema crucial para la vida humana, se evidencia un alto índice de inconformidad relacionada con su servicio y dirigido a cinco EPS principalmente; las cuales, son consideradas las más demandadas a nivel nacional, como lo son: Comfaorient, Convida y las mencionadas con anterioridad: Medimás, Savia salud y Coomeva.

Para finalizar, es importante concluir afirmando que las enfermedades catastróficas generan requerimientos, en cuanto a servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo, requeridas para el tratamiento de enfermedad. Dentro del cual, las EPS deben asegurar una atención oportuna, en pro de salvaguardar la vida y permitir herramientas claves, propendiendo un desarrollo de la existencia de forma digna.

CONCLUSIONES

El presente artículo pretendió describir las implicaciones que tiene la negación de servicios, medicamentos y procedimientos de alto costo por enfermedades catastróficas por parte de las EPS en Colombia. Ante lo anterior, se evidenció que las enfermedades catastróficas amenazan la vida de las personas derivado de la incapacidad que genera en los pacientes, afectando su posibilidad de sobrevivir con bienestar, como también por su alta letalidad e índices de fallecimientos en el día a día.

Por esa razón, en Colombia se han definido diversos principios y elementos que deben regir en la prestación de servicios de salud, específicamente por las Entidades Promotoras de Salud, pues son las principales responsables de velar por el derecho a la vida y la salud de las personas. Así mismo, se encuentra que existen diversas implicaciones por la negación de servicios de salud en los pacientes con enfermedades catastróficas, tanto a nivel social como jurídico; pues los individuos presentan diversos cambios en la forma de laborar, operar, administrar, y relacionarse con el otro, viéndose afectada su calidad de vida, como también su salud física y mental.

A nivel jurídico, aunque puede desencadenar en sanciones derivada de tutelas, derechos de petición y otros mecanismos de defensa de los derechos de los ciudadanos, aún no soluciona de raíz la problemática, pues se evidencia que el sistema de salud en Colombia responde a un sistema de mercantilización de los servicios de salud, que imposibilitan una adecuada relación entre los médicos y los enfermos, ya que las decisiones finales de atención del servicio están sujetas a la aprobación de las entidades promotoras de salud, las aseguradoras e incluso de un particular en algunos casos.

Debido a las razones anteriormente mencionadas, muchos de los médicos y profesionales de la salud se ven presionados para que sus recomendaciones médicas sobre el tratamiento de las enfermedades catastróficas sean acordes a un presupuesto menor y no a las necesidades de las personas, por lo que se termina generando una problemática jurídica, por la cual no sólo se niegan servicios a las personas con enfermedades catastróficas, sino que también se hace una omisión a la verdad, que puede desencadenar en el fallecimiento de los ciudadanos enfermos, conllevando a que el derecho fundamental a la vida no quede satisfecho concorde a lo planteado en la Constitución Política de Colombia de 1991.

Por último, se encontró que en Medellín existe una inestabilidad jurídica en el sector salud, determinado en el desarrollo conceptual y legal de la jurisprudencia nacional, ya que no todos los casos denunciados o demandados son tratados en el debido tiempo, por lo que, la negación de servicios sobrepasa el tiempo límite, en el que el paciente necesita su tratamiento para poder sobrevivir (Gañán, 2013). De acuerdo con lo anterior, se concluye que los individuos que padecen cualquier enfermedad catastrófica, aunque, se encuentran amparados en la Ley 100 de 1993, aún continúan con muchas barreras para acceder a los diversos sistemas y servicios de salud, especialmente aquellas reguladas por las Entidades Promotoras de Salud, específicamente por el desconocimiento e ignorancia de la ley, que conlleva a que los derechos sean vulnerados y no existan reclamos en las Secretarías de Salud; también, por la falta de los recursos necesarios para atender las enfermedades, ya que la mayoría son importados.

Por otro lado, las principales dificultades evidenciadas se dan por la falta de información real sobre las enfermedades, diagnósticos lentos o poco efectivos, falta de

presupuesto y la dificultad para obtener los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades derivado de la mercantilización de la salud.

Por lo anterior, el valor práctico del presente estudio es porque demuestra la necesidad de construir un plan de intervención, que permita materializar el principio de integralidad que fue establecido en el ordenamiento jurídico de la República de Colombia, por el cual se debe garantizar atención oportuna, eficiente y con calidad en salud. La recomendación para futuros investigadores es que tengan en cuenta mayores problemáticas de salud en el país, para así repensar el rol del Ministerio de Salud de Colombia y la jurisprudencia en la protección de los derechos fundamentales de los colombianos, pues las problemáticas que viven las personas con enfermedades catastróficas también son vivenciadas por personas con otras enfermedades de menor gravedad debido a la falta de garantías legales en el país.

REFERENCIAS

- Alzate, N. (2019). *La acción de tutela para amparar el derecho fundamental a la salud en Santiago de Cali, 2016-2018*. Universidad de Santiago de Cali.
- Anónimo. (1995, 28 de enero). ¿qué es el plan obligatorio de Salud. *Redacción El Tiempo*.
<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-300395>
- Alvis, T. (2011). *Aspectos relevantes de la gerencia de la salud en Colombia 1886-2011 : un énfasis a partir de la regulación de 1993 y sus implicaciones en el sistema de salud*. [Trabajo de grado. Maestría]. Universidad EAFIT.
- Bermúdez. (2015). Enfermedades catastróficas y de alto costo están exentas de copagos y cuotas moderadoras. *Ámbito Jurídico*. <https://bit.ly/3tQmk12>
- Bermúdez, W.; Morales, J. (2012). Estado Social de Derecho: Consideraciones sobre su trayectoria histórica en Colombia a partir de 1991. *Revista Cuestiones Políticas*. 28 (48). <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r30193.pdf>
- Córdoba, Y. (2021). Estado social de derecho en Colombia y la negación de los derechos fundamentales. *Derecho Administrativo Universidad Santo Tomás*.
<https://repository.usta.edu.co/handle/11634/43161>
- Clavijo, D. (2018). *La pérdida de oportunidad en la recuperación de los pacientes con enfermedades catastróficas por la no prestación oportuna de servicios de salud en Colombia*. Editorial Universidad Católica de Colombia.
- Cardona, M.; Ramírez, M.; Castrillón, V. (2011). Las entidades promotoras de salud y el sistema general de seguridad social en Salud. *Medicina CES*. <https://bit.ly/3JUyfDA>
- Congreso de la República Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007*. Función pública.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600>

- Congreso de la República de Colombia. (2005). *Ley 972 de 2005*. Minsalud.
<https://bit.ly/3uxDWRE>
- Contreras, P.; Ayala, L.; Grandas, E. (2007). *Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud*. [Trabajo de grado. Especialización]. Universidad CES.
- Celis, S. (2015). *Evaluación y aplicación del manejo y definición del concepto de alto costo en salud y la problemática del tratamiento de las enfermedades de alto costo*. [Trabajo de grado. Maestría]. Universidad Santo Tomás.
- Congreso de la República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia.
<https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
- Chicaiza, L. (2009). El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. *Revista Latinoamericana de Economía*. 34 (131).
<https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2002.131.7455>
- Decreto 2699. (2007). *Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Frías, C. (2017). *Estado del arte sobre el deterioro en la calidad del servicio de las EPS en Colombia, después de la implementación de la ley 100 de 1993*. [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Santo Tomás.
- Flórez, C. (2016). *Caracterización de la atención de urgencia inicial en el sistema de salud en Colombia*. [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Católica de Colombia.
- Gallardo, K.; Benavides, P.; Rosales, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*. 14 (1).
<http://dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09>

- Gutiérrez, C. (2018). *El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención*. Edición Debates Presidenciales.
- Gañán, J. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Revista de la Superintendencia Nacional de Salud*. 3 (1).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/natural-eza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
- Guzmán, J. (2018). *Evolución de la salud como derecho fundamental en Colombia*. [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad La Gran Colombia.
- Hernández, R., Fernández, C.; Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Luna, J.; Ossa, N. (2020). *Salud, medicamentos y pacientes con cáncer: Propuesta de unificación normativa en Colombia*. [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad de los Andes.
- Lopera, M. (2017). Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia. *Revista Gerencia y Políticas De Salud*, 16(32), 120-137.
<http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgps16-32.usse>.
- Ley 100. (1993). *Sistema de seguridad social integral*. Congreso de la República de Colombia.
- Ley 1751. (2015). *Derecho fundamental a la salud*. Congreso de la República de Colombia.
- Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?*. FedeSalud.

- Martínez, L.; García, A. (2020). El principio de integralidad del sistema general de Seguridad social en salud y las enfermedades catastróficas en Colombia. *Vox Juris*, 39 (1). <https://doi.org/10.24265/voxxjuris.2021.v39n1.07>
- Martínez, A. (2020). De la negación al olvido, historia de pandemias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 38 (2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341898>
- Machado, J.; Moncada, J. (2011). Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 31 (4). <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n4/283-289/>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2006). *Manual de referencia. Observatorio Nacional de la Gestión de VIH-SIDA*. Editorial Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2022). *¿qué es MIPRES?*. Minsalud. <https://bit.ly/384Hh2Z>
- Nieto, L. (2005). Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia. *Revista de Salud Pública*. 7 (3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000300005
- Plazas, C.; Moreno, D. (2017). Impacto económico de las acciones de tutela en salud en Colombia. *Vniversitas*. 135 (1). <https://doi.org/10.11144/javeriana.vj135.ieat>
- Pineda, B. (2021). Itinerarios burocráticos de mujeres cuidadoras en el sistema de salud en el contexto de la pobreza oculta en Teusaquillo, Bogotá, Colombia. *Revista Gerencias y Políticas de Salud*. 20 (0). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.ibmcc>

- Portilla, J. (2018). *Experimento de medición de tiempos de reacción del cerebro humano frente a estímulos 2d y 3d para estudios de atención* [Universidad de Lima]. <https://doi.org/10.26439/ulima.tesis/6988>
- Portilla, J. (2022). El derecho a intentarlo (right to try) y la dignidad humana en Colombia. *Revista Pluriverso*. 16 (1). 42-68. <https://bit.ly/3wAkA0I>
- Ramos, J.; Sánchez, J. (2018). *Acceso al derecho a la salud para personas que padecen enfermedades catastróficas en Colombia a la luz de la normativa vigente*. [Trabajo de grado. Especialización]. Universidad La Gran Colombia.
- Rangel, M.; Tiuso, P.; Cano, J. (2021). *Responsabilidad del Estado Colombiano. Ley Estatutaria de salud, ¿realidad o ilusión?*. Universidad Santo Tomás de Colombia.
- Resolución 3974. (2009). *Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2565. (2007). *Por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la cuenta de alto costo*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 5269. (2017). *Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación*. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Rodríguez, J. Rodríguez, D.; Corrales, J. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana. *Ciênc. saúde coletiva*. 20 (6) <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Ruiz, S. (2020). *Descripción de los ajustes a la normatividad que regulan las enfermedades catastróficas y de alto costo en Colombia*. [Trabajo de Grado. Pregrado]. Universidad de Córdoba.

- Supersalud. (2022). *Servicios*. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/tramites-y-servicios/servicios>
- Supersalud. (2016). *Respuestas a preguntas recibidas sobre asignación de citas médicas durante el evento virtual*. Supersalud. <https://bit.ly/36VAVma>
- Sotelo, L. (2000). Los derechos constitucionales de prestación sus implicaciones económico-políticas. Los casos del derecho la salud de los derechos de los reclusos. *Planeación y Desarrollo*. 31 (1/2). <https://bit.ly/3jNWY11>
- Santos, H.; Martínez, S.; Martínez, M.; Álvarez, I. (2011). La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 10 (21).
- Vergara, D.; Pérez, Y. (2020). *La salud como derecho fundamental: desarrollo jurídico en Colombia desde la Constitución de 1991*. [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Autónoma Latinoamericana (UNAUCLA).
- Torres, J.; Arcos, A.; Collaguazo, M. (2022). *Aplicación socioeducativa del programa aulas hospitalarias desde la percepción de los pacientes con enfermedades catastróficas y sus familias que asisten a la Fundación Cecilia Rivadeneira en el año 2021*. Universidad Central del Ecuador.