

**ANÁLISIS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DECIMONOVENA Y
VIGESIMOTERCERA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 Y EL IMPACTO
GENERAL QUE HA TENIDO SU EXPEDICIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE
JUSTICIA EN LA CIUDAD DE PASTO Y EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA**

**PAOLA SARASTY CALDERON
MARIA LUISA ROSERO ANDRADE**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SOCIO JURÍDICOS
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL**

2011

**ANÁLISIS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DECIMONOVENA Y
VIGESIMOTERCERA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 Y EL IMPACTO
GENERAL QUE HA TENIDO SU EXPEDICIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE
JUSTICIA EN LA CIUDAD DE PASTO Y EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA**

**PAOLA SARASTY CALDERON
MARIA LUISA ROSERO ANDRADE**

**Ensayo para optar el Título de Especialista en Derecho Laboral y Seguridad
Social**

Asesora:

ESP. MÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SOCIO JURÍDICOS
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL**

2011

Las ideas y conclusiones presentadas en este trabajo de grado son
responsabilidad exclusiva del autor.

Artículo 1º Acuerdo No. 324 de Octubre 1 de 1966 emanado del H. Consejo
Académico de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente de Tesis

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, agosto de 2011.

A:

Mor y sebitas:

Por su comprensión en las ausencias.

Papi y mami:

Por llenar esas ausencias.

Abuelito:

Por su último empujón... pero no el primero.

PAOLA SARASTY CALDERON

A:

Mis Angelitos:

María Paula y Juan David

Por su paciencia y espera

Mis papitos:

Por su generosidad y apoyo

MARIA LUISA ROSERO ANDRADE

RESUMEN

Los Comités Técnico Científicos de conformidad con la normatividad vigente deben desempeñar las funciones orientadas a proteger los derechos de los pacientes, como alternativa de agilizar y garantizar apropiadamente sus derechos, sin la necesidad de acudir a mecanismos que pueden de alguna manera retardar sus atenciones cuando se requieren de manera primordial, situaciones en que evidentemente puede estar en riesgo la vida del paciente.

En el momento las EPS simplemente hacen caso omiso a lo ordenado en la sentencia T 760-2008 apoyándose en la Resolución 3173 de 2009, argumentando que esta información deben enviarla directamente al Ministerio de la Protección Social, por lo tanto la Defensoría no ha podido evaluar el proceso de cumplimiento de la orden en estudio, porque la información del Ministerio no resulta completa, lo cual tal vez obedece a la falta de compromiso de las EPS, quizá por falta de información, capacitación, claridad, motivo por el cual a la fecha por esta vía no resulta factible identificar con claridad el impacto del cumplimiento de la Sentencia en cuestión.

El número de Tutelas presentadas en el Municipio de Pasto disminuyeron ostensiblemente, así como mejoró la percepción de los afiliados frente a la prestación del servicio de salud en mayor medida en el régimen contributivo que en el subsidiado.

ABSTRAC

The Technical Committees Scientists in accordance with the regulations in force should play-oriented functions to protect the rights of patients, as an alternative to accelerate and ensure properly their rights, without the need to go to mechanisms that may somehow delaying their attentions when required in a fundamental way, situations in which you can of course be at risk the life of the patient.

At the time the EPS simply ignored the ordained in the judgment T 760-2008 by relying on the Resolution 3173 of 2009, arguing that this information should be sent directly to the Ministry of Social Protection, therefore, the Ombudsman's Office has not been able to assess the process of complying with the order in study, because the information in the Ministry is not complete, which perhaps is due to the lack of commitment from the EPS, perhaps because of a lack of information, training, clarity, which is why the date in this way is not feasible to identify clearly the impact of compliance with the judgment in question.

The number of wards submitted in the municipality of Pasto ostensibly decreased, as well as improved the perception of the participants in front of the health service delivery to a greater extent in the contributory scheme that in the subsidized.

GLOSARIO

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

REGIMEN CONTRIBUTIVO: Este sistema funciona con los aportes de los trabajadores y empleadores. La contribución es del 12% del sueldo del trabajador, de los cuales el 11% son para el financiamiento y el 1% se transfiere al régimen subsidiado.

REGIMEN SUBSIDIADO: Creado para beneficiar a las personas que no tienen capacidad de pago; consiste en subsidiarles la prestación de los servicios en salud.

COMITÉ TECNICO CIENTIFICO: CTC, Asesora y orienta a la gerencia en la toma de decisiones que promuevan y mantengan el desarrollo dinámico de las diferentes y unidades funcionales de la empresa.

COMISION DE REGULACION EN SALUD: es unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social, se encarga de los temas relacionados con el Sistema de Seguridad Social en Salud como son el Plan Obligatorio de Salud y la unidad de pago por capitación -UPC-, entre otros.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: POS, El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia corresponde al paquete de servicios básicos en las

áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD: EPS, son empresas del Sistema de Salud en Colombia, las cuales no prestan servicios médicos, sino que promueven dichos servicios a usuarios en un esquema de aseguramiento. Las personas se afilian a las EPS para luego ser atendidas en clínicas y hospitales, las cuales sí brindan los servicios médicos pero no cobran por estos a los pacientes.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	
ANÁLISIS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DECIMONOVENA Y VIGESIMOTERCERA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 Y EL IMPACTO GENERAL QUE HA TENIDO SU EXPEDICIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA EN LA CIUDAD DE PASTO Y EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA	1
CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	82
NETGRAFIA	84
ANEXOS	85

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Tutelas presentadas en el Municipio de Pasto periodo agosto de 2007 a julio de 2009	16
Cuadro 2. Comportamiento cuantitativo de Tutelas presentadas en el Municipio de Pasto.	17
Cuadro 3. Estrato	19
Cuadro 4. Sexo	20
Cuadro 5. Edades	21
Cuadro 6. Clase de Afiliado	22
Cuadro 7. Clase de EPS	23
Cuadro 8. Tiempo de Afiliación	24
Cuadro 9. Calificación del servicio en el último año	25
Cuadro 10. Negativa en la prestación del servicio de salud en el último año	26
Cuadro 11. Negativa en suministro de medicamentos en el último año	27
Cuadro 12. Atención médica particular en el último año	28
Cuadro 13. Utilización de procesos administrativos en el último año	29
Cuadro 14. Clase de procedimiento utilizado	30
Cuadro 15. Recibieron la carta de derechos del paciente	31
Cuadro 16. Problemática	32
Cuadro 17. Sugerencias	34
Cuadro 18. Grado de satisfacción general sobre el servicio de salud	35
Cuadro 19. Estrato Régimen Subsidiado	36
Cuadro 20. Sexo Régimen Subsidiado	37
Cuadro 21. Edad Régimen Subsidiado	38
Cuadro 22. Clase de afiliado	39
Cuadro 23. Clase de EPS	40

Cuadro 24. Tiempo de afiliación	41
Cuadro 25. Calificación del servicio de salud en el último año	42
Cuadro 26. Negación en la prestación del servicio de salud	43
Cuadro 27. Negación en el suministro de medicamentos	44
Cuadro 28. Atención médica particular	45
Cuadro 29. Uso de procedimientos administrativos para tener acceso al servicio de salud	46
Cuadro 30. Clase de procedimiento administrativo utilizado	47
Cuadro 31. Carta de derechos del paciente recibidas	48
Cuadro 32. Problemática	49
Cuadro 33. Sugerencias	50
Cuadro 34. Calificación general del servicio de salud	52

LISTA DE GRAFICAS

	Pág
Gráfica 1. Numero de Tutelas presentadas en cada EPS del Municipio de Pasto	18
Gráfica 2. Estrato	20
Gráfica 3. Sexo	21
Gráfica 4. Edades	22
Gráfica 5. Clase de Afiliado	23
Gráfica 6. Clase de EPS	24
Gráfica 7. Tiempo de Afiliación	25
Gráfica 8. Calificación del servicio en el último año	26
Gráfica 9. Negativa en la prestación del servicio de salud en el último año	27
Gráfica 10. Negativa en suministro de medicamentos en el último año	28
Gráfica 11. Atención médica particular en el último año	29
Gráfica 12. Utilización de procesos administrativos en el último año	30
Gráfica 13. Clase de procedimiento utilizado	31
Gráfica 14. Recibieron la carta de derechos del paciente	32
Gráfica 15. Problemática	33
Gráfica 16. Sugerencias	34
Gráfica 17. Grado de satisfacción general sobre el servicio de salud	35
Gráfica 18. Estrato Régimen Subsidiado	36
Gráfica 19. Sexo Régimen Subsidiado	37
Gráfica 20. Edad Régimen Subsidiado	38
Gráfica 21. Clase de afiliado	39
Gráfica 22. Clase de EPS	40
Gráfica 23. Tiempo de Afiliación	41
Gráfica 24. Calificación del servicio de salud en el último año	42

Gráfica 25. Negación en la prestación del servicio de salud	43
Gráfica 26. Negación en el suministro de medicamentos	44
Gráfica 27. Atención médica particular	45
Gráfica 28. Uso de procedimientos administrativos para tener acceso al servicio de salud	46
Gráfica 29. Clase de procedimiento administrativo utilizado	47
Gráfica 30. Carta de derechos del paciente recibidas	48
Gráfica 31. Problemática	49
Gráfica 32. Sugerencias	51
Gráfica 33. Calificación general del servicio de salud	52

INTRODUCCIÓN

Debido a los grandes problemas que se presentan en la Regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la falta de control por parte de las entidades reguladoras, así como la inaplicabilidad de normas que vulneran en gran medida los derechos fundamentales de los afiliados a este Sistema, la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-760 de 2008 pretende darle un cambio al manejo impartiendo órdenes tanto a las entidades reguladoras de carácter Nacional, como a las Entidades Prestadoras del Servicio.

El presente Ensayo pretende dar a conocer el impacto de la Sentencia T 760 de 2008, en el Municipio de Pasto, y mas específicamente los resultados de la aplicación de las órdenes vigésimo novena y vigésimo tercera impartidas por la Corte Constitucional, para lo cual se desarrolló un trabajo de investigación con las entidades competentes para brindar la Información pertinente, que sirvieron de base para ser analizadas y obtener las conclusiones del presente trabajo.

Es de gran importancia, conocer cuales fueron los resultados del cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional, lo que se obtuvo de su aplicabilidad en cada una de las EPS y sobre todo la percepción que tienen los Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Municipio de Pasto, tanto del régimen contributivo como Subsidiado.

El trabajo de campo desarrollado, consistente en encuestas aplicadas en el sector urbano del Municipio de Pasto, revela un dato claro y práctico de la percepción de los afiliados frente al sistema y los cambios que se produjeron con la aplicación de la sentencia, por cuanto se hace el sondeo de los problemas que se presentaron con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia de dicha sentencia.

Así mismo, la información suministrada por la Oficina Judicial del Municipio de Pasto, nos permite identificar de manera cuantitativa el comportamiento de las Acciones de Tutela presentadas un año antes de la expedición de la Sentencia T-760 de 2008 y el número de tutelas presentadas un año después de la entrada en vigencia, obteniendo resultados positivos.

ANÁLISIS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS ORDENES DECIMONOVENA Y VIGESIMOTERCERA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 Y EL IMPACTO GENERAL QUE HA TENIDO SU EXPEDICIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA EN LA CIUDAD DE PASTO Y EN LOS USUARIOS DEL SISTEMA

Con anterioridad a la expedición de la Constitución Política de Colombia de 1991, la prestación de la salud era un tema reservado para quienes ostentarán un vínculo laboral, de modo que se consideraba una de las prestaciones laborales reservada para los asalariados, mientras para las demás personas se aplicaba un mecanismo de corte asistencialista donde las instituciones públicas y privadas la prestaban como una especie de beneficencia o caridad.

Encontrando entonces que esta situación reñía en forma evidente con la dignidad humana y al concebir que la salud es un elemento esencial de la calidad de vida y el desarrollo de una sociedad, la Constituyente de 1991, entre los grandes cambios y avances que introdujo consagro el derecho a la seguridad social dentro del cual se incluye la salud como un derecho y un servicio público con una serie de características, entre otras, la generalidad, la universalidad, la solidaridad y la eficiencia, características que transformaron la concepción sobre la materia, desligando la prestación del servicio de salud a que se ostente una condición laboral, pasando a considerarlo como un derecho que en adelante se liga a la condición humana.

Hasta aquí, el gran paso dado por la constituyente habría sentado las bases de un sistema de avanzada con fines sociales y claramente altruistas. En el año 1993 se expide la ley 100 misma que invocando las bases constitucionales reseñadas,

estructuro el sistema integral de seguridad social, compuesto por los sistemas pensional, de salud y de riesgos profesionales.

Centrándonos en el tema que nos ocupa, la ley en mención en materia de salud desarrollo un esquema compuesto por los regímenes contributivo y subsidiado, el primero para la población con capacidad de pago, esto es, asalariados, trabajadores independientes y contratistas por servicios; y el segundo para la población con deficiencias económicas y por tanto sin capacidad de pago, regímenes con prestaciones y mecanismos de financiación diferenciados el uno del otro. Este sistema, en aplicación de teorías neoliberales que superaron la concepción del Estado de Bienestar escenario donde nació la seguridad social, puede ser prestado y administrado tanto por empresas publicas como por empresas privadas.

En este sentido, la estructura y funcionamiento planteado a grandes rasgos, conlleva a que conforme nos lo muestra la experiencia, el sistema de salud no funcione de acuerdo a los fines sociales que persigue, sino que por un lado la sostenibilidad financiera del sistema derivada en parte de la búsqueda de mecanismos para sostener el régimen subsidiado y la posible tensión existente entre la competencia capitalista y la pretensión de ganancias y productividad natural de las empresas privadas entrara en tensión con las necesidades sociales y los derechos fundamentales de las personas.

Esta situación, conllevó al desconocimiento sistemático por parte de las administradoras del sistema, de las prestaciones en salud requeridas por las personas, lo cual aparejo la vulneración de derechos fundamentales como la vida, la integridad personal, y la dignidad humana. A la par con los hechos descritos, debemos recordar que con la Constitución de 1991, entre sus innovaciones creo la acción de tutela como mecanismo para hacer exigibles y proteger los derechos fundamentales, mecanismo que se convirtió en la herramienta apropiada para restablecer los derechos violados o prevenir su violación.

Siendo así, se presento la que podemos llamar una explosión de acciones de tutela en materia de salud, con graves repercusiones sobre el funcionamiento del sistema, sus finanzas y su estabilidad, develando entonces las posibles debilidades existentes en su conformación y estructura. Ante el panorama descrito y cuando el sistema llevaba más de quince años de vigencia, la Corte Constitucional en su calidad de defensora de la Constitución y de la aplicación y salvaguarda de los derechos fundamentales, acogiendo en cierta medida las manifestaciones reiteradas de la Procuraduría General de la Nación y de algún sector del Congreso relacionadas con la necesidad de declarar el estado de cosas inconstitucional, sin haberlo dicho expresamente la Corte mediante la sentencia T 760 de 31 de Julio de 2008 pretende dar un vuelco total al sistema de salud, con el fin de ajustarlo en mayor medida a los postulados constitucionales, para lo cual imparte una serie de órdenes que se justifican ante el silencio que guardó el legislador para remediar el problema que aquejaba al sistema de salud y un ejecutivo que no actuó para hacer efectivos los derechos de las personas¹.

Es así como específicamente dicha sentencia en el artículo vigésimo tercero de la parte resolutive respecto de los **Comités Técnico Científicos** ordena que:

“La Comisión de Regulación en Salud adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

¹ RODRÍGUEZ D., Mónica Giovanna. Diagnóstico sobre el grado de cumplimiento de la sentencia t-760-2008, su impacto en el sistema de salud y en el aparato judicial en la ciudad de Pasto-2010.

Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.”

Realizando un breve resumen, respecto si los Comités Técnico Científicos CTC, desde la fecha de su primera reglamentación vienen cumpliendo con las mismas funciones es de gran importancia, mencionar cronológicamente ciertas resoluciones expedidas por el Ministerio de Protección Social, es así que, se mencionaran las más relevantes dentro de este proceso de evolución dentro del sistema de seguridad social en salud de los Comités Técnico Científicos.

En primer término es de gran importancia mencionar la Resolución 5061/ 1997, por la cual se reglamentan los Comités Técnico Científicos, dentro de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en estas instituciones serán los Comités de Farmacia y Terapéutica de la respectiva Institución y un miembro de ellos será el representante de las IPS ante el CTC de las EPS, donde las antes mencionadas lo integran, asistiendo cada una con su representante, incluso éste Comité será integrado también por un Representante de los usuarios.

En la Resolución antes mencionada se establece como función específica para los Comités Técnico Científicos *la de atender las reclamaciones que presenten los afiliados y beneficiarios de las Entidades Promotoras de Salud en relación con la ocurrencia de hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al usuario respecto de la prestación del servicio de salud.* En los eventos relacionados con prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la prescripción de medicamentos esenciales que no se encuentren en el listado de medicamentos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Mencionando la misma Resolución los criterios de autorización (los medicamentos deben estar debidamente prescrito por el médico tratante y deben estar dentro del POS -Riesgo inminente de la vida y salud del paciente – Haber agotado todas las posibilidades terapéuticas - el Ato Costo debe ser asumido por la entidad de aseguramiento con cargo al reaseguro de las mismas) y el respectivo procedimiento para llevar a cabo dichas autorizaciones (La Solicitud ante el Comité debe ser presentada por el médico tratante y si harían falta ciertos documentos él será el responsable de anexarlos debidamente – el CTC deberá resolver la solicitud a los dos días siguientes – esta Acta será anexada a la Historia Clínica del paciente). Finalmente dicta una excepción respecto en las atenciones de urgencia, donde no se aplicarán ni los criterios ni los procedimientos de autorización.

Posteriormente aparece La Resolución 2948 del año 2003 por la cual se subrogan las Resoluciones anteriormente anotadas. En esta Resolución las funciones de los Comités Técnico Científico se observa que han sido ampliadas, no solo cumplirán en atender las reclamaciones que presenten los afiliados, sino también analizar para la autorización las solicitudes de los médicos tratantes para el suministro a los afiliados de los medicamentos que están por fuera del POS, justificar técnicamente las decisiones adoptadas suscritas en las respectivas actas, presentar ante el Ministerio de la Protección Social cuando lo soliciten los informes relacionados con el objeto y sus funciones.

La anterior Resolución fue derogada por la Resolución 3797 de 2004, en la que se excluye lo referente a la atención de las reclamaciones que presenten los afiliados, únicamente se centra en el estudio directo de las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados respecto de los medicamentos que no se encuentran dentro del POS, aquí ya se adoptan medidas para la evaluación trimestral de los casos autorizados y seguimiento a los pacientes a quienes se les autorizó cualquier tratamiento. Pero también persiste la presentación de los informes al Ministerio de la Protección Social en cuanto al objeto y sus funciones. Esta Resolución entra a modificarla parcialmente la Resolución 2366 de 2005, parcialmente porque no modifica las funciones del Comité Técnico Científico, sino se ha referencia a los aspectos puramente económicos respecto a las devoluciones de las solicitudes de recobros.

Consecutivamente, con la Sentencia 760 de 2008 se amplían las competencias del Comité Técnico Científico involucrándolo ya no únicamente en las autorizaciones de medicamentos que no están dentro del Plan obligatorio de salud sino que también, otorgara competencias para decidir sobre procedimientos y otros tipos de servicios médicos exceptuando los tratamientos experimentales y los que estén dentro del plan de beneficios (Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud), además determina que las decisiones que deba adoptar los Comités deben ser técnicas fundadas plenamente en criterios científicos, manteniendo la imparcialidad y siempre deben ser oportunas y eficaces, con el fin de garantizar que todos los derechos de los pacientes sean atendidos y principalmente protegidos.

Casi para terminar encontramos la Resolución 3099 de 2008, con la cual se da cumplimiento a la orden impartida en la sentencia T-760 de 2008 (Derogada por el art. 27 Resolución 548 de 2010) aquí el Comité Técnico Científico, evalúa, aprueba, desaprueba las ordenes médicas presentadas por los médicos tratantes

de los pacientes pero no solo de los medicamentos que no están dentro del POS, textualmente se incluyen servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del Manual Vigente de Actividades, intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en salud, la justificación ya no se limita a las decisiones tomadas, se tiene en cuenta la pertinencia con relación a los diagnósticos del paciente elaborando como lo ordena todas las Resoluciones las respectivas Acta. Finalmente la obligación de enviar los informes trimestrales ante el Ministerio de Protección Social, permanece vigente.

Por último es necesario mencionar la Resolución 548 de 2010, mediante la cual se dictaron disposiciones aplicables durante la emergencia social decretada por el Presidente de la República con fundamento en las disposiciones constitucionales que lo facultan y aduciendo, que debido al crecimiento en la demanda de servicios y medicamentos que no se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud, se comprometieron significativamente los recursos destinados al aseguramiento de los afiliados, con lo cual argumentan se puso en riesgo la estabilidad financiera del sistema y con ello su continuidad, periodo de qué trata y reglamenta el Decreto Legislativo 128 de 2010 (decreto expedido en virtud de la emergencia social declarada mediante el Decreto 4975 de 2009), en el cual el médico tratante es responsable de presentar la solicitud ante el Comité Técnico Científico, que por el hecho de velar por la salud de los pacientes, estaría expuesto a sanciones pecuniarias y penales si prescribe por decirlo de alguna manera los tratamientos y medicamentos apropiados a los pacientes, porque de hacerlo así ocasionarían traumatismos al sistema. Para fortuna este Decreto fue declarado inexecutable por Corte Constitucional a través de la Sentencia C-288 de 2010 de 21 de abril del mismo año, considerando pertinente mencionar la declaratoria de inexecutable a través de la Sentencia C- 252 de 2010 del Decreto 4975 de 2009 por el cual se declaró la emergencia Social y además del Decreto 127 de 2010 a través de la Sentencia también de la Corte Constitucional C-253 de 2010, por el cual se adoptan medidas tributarias en materia de salud.

Ahora bien, surge la ley 1438 de 2011 por medio de la cual se entra a Reformar el Sistema de Seguridad Social en Salud. No solo se dictan otras disposiciones respecto al Comité Técnico Científico donde aparentemente busca la agilidad para resolver de las solicitudes de los usuarios cuando exige un plazo de dos días para esto, sino que se crea la llamada JUNTA TÉCNICA CIENTÍFICA DE PARES, donde la Superintendencia se haría cargo a través de un número específico de profesionales de evaluar lo ya revisado por el Comité con anterioridad.

En conclusión, haciendo esta valoración, los Comités Técnico Científicos de conformidad con la normatividad vigente deben desempeñar las funciones orientadas a proteger los derechos de los pacientes, como alternativa de agilizar y garantizar apropiadamente sus derechos, sin la necesidad de acudir a mecanismos que pueden de alguna manera retardar sus atenciones cuando se requieren de manera primordial, situaciones en que evidentemente puede estar en riesgo la vida del paciente.

Por otra parte, la Corte Constitucional a través de la Sentencia en estudio, ordenó al Ministerio de Protección Social adoptar medidas que garanticen que todas las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren funcionando dentro de nuestro territorio, envíen a la Comisión Reguladora en Salud, Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo un informe trimestral indicado lo siguiente, de acuerdo a lo que ordena en el numeral décimo noveno de la parte resolutive de la sentencia en cuestión:

“Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico

Científico, los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico”.

La orden impartida busca que las autoridades competentes logren identificar las Entidades Promotoras de Salud y la Instituciones Prestadoras de Salud que con mayor frecuencia niegan, o autorizan, o garantizan de manera inoportuna los servicios de salud que están dentro del Plan Obligatorio de Salud.

La Defensoría del Pueblo por mandato de la Corte Constitucional realiza el informe radicado el 25 de junio de 2009, donde se logra identificar las tutelas que demandan exclusivamente el derecho a la salud por encima del derecho de petición y del derecho a la vida, teniendo en cuenta que el derecho a la salud en virtud de la Sentencia en estudio es considerado como derecho fundamental “autónomo”, por otro lado este informe determina características básicas de estas acciones, tales como, los motivos que hicieron que los ciudadanos acudieran a esta acción, solicitudes más frecuentes, si estaban o no dentro del Plan obligatorio de Salud, si pertenecen al régimen subsidiado o contributivo y finalmente las entidades en contra de quien se interponen las acciones de Tutela².

Es así como en cumplimiento de la orden emanada de la Corte Constitucional y dirigida a las distintas entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en salud mediante la sentencia en análisis, estas entidades presentan el primer informe para el año 2009, ante el Ministerio de la Protección en donde se determina que la mayoría se encuentra dentro del Régimen

² http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1_2010.pdf, Informe de Cumplimiento Sentencia 760-08 dirigido a la Honorable Corte Constitucional. En cumplimiento a la orden emanada de la Honorable Corte Constitucional y dirigida a las distintas entidades que hacen parte del sistema de seguridad social en Salud, en la cual dichas entidades deberían entregar informes a la Defensoría del Pueblo.

Contributivo mencionando Entidades Promotoras de Salud tales como SALUDCOOP en primer lugar a la que le siguen en su orden CAFESALUD, SANITAS, SUSALUD y COLMEDICA. Respecto del Régimen subsidiado se puede distinguir en primer lugar a la EPS EMSSANAR y dentro de las Instituciones Prestadoras de Salud se encuentra PREVISANAR y LA CLÍNICA DE LA MISERICORDIA. Informe en el cual la Defensoría del Pueblo subraya que el Ministerio de la Protección Social debe diseñar otros mecanismos de medición más efectivos que respondan al seguimiento de la Sentencia distintos a las auditorias de recobro y remisión a la Superintendencia de Salud para que ésta ejerza funciones de vigilancia e inspección, esto porque no todas las negaciones es posible ver reflejadas en la tutela.

En este mismo informe se analiza razones por la cuales las EPS a través de sus Comités Técnico Científicos niegan la realización de ciertos servicios sin agotar alternativas terapéuticas que se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud. Se justifica la negación de los CTC del servicio cuando en ocasiones los medicamentos prescritos no se encuentran autorizados para su distribución por el INVIMA, por falta de coordinación de los médicos tratantes respecto a sus prescripciones cuando éstos omiten los requerimientos legales necesarios exponiendo de esta manera la vida y la salud de los pacientes.

Por otro lado, la Superintendencia de Salud sin registrar el periodo en referencia, registra 707 casos de negación en la prestación del servicio, dentro de cinco empresas administradoras de planes de beneficios, tales como son; ISS, COOMEVA, SALUDCOOP, FAMISANAR y SOLSALUD. Concretando su misión sancionatoria, denunciando ante las autoridades competentes las irregularidades que se cometen frente al Sistema General de Seguridad en Salud SGSSS.

Con la emisión del segundo informe presentado el día 15 de junio de 2010, por la Defensoría del Pueblo ante la Honorable Corte Constitucional, manifiestan su

preocupación debido a la falta de información por parte de las entidades respecto a sus estudios dentro del seguimiento de la T-760 de 2008.

En este segundo informe se pone en conocimiento la Resolución 3173 de 2009, por el cual se adopta el registro de negación de servicios y medicamentos por parte de las EPS y las EOC -Entidades Obligadas a Compensar, tanto del régimen contributivo como del subsidiado del Sistema de general de seguridad social en salud, en la cual ordena exclusivamente a las EPS reportar al Ministerio de Protección Social de conformidad con la orden 19 de la sentencia T-760 de 2008, excluyendo de la obligatoriedad de enviar estos informes trimestrales a la Comisión Reguladora en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, generando confusión en las EPS, quienes dicen desconocer su obligación de enviar dichos reportes a la Defensoría del Pueblo, retardando por esa razón la presentación del informe ordenado a través de la Sentencia T-760 de 2008, lo cual obedece a las múltiples interpretaciones realizadas por las aseguradoras. Por lo anterior la Defensoría de Pueblo en el informe mencionado requirió al Ministerio de protección Social con el fin de unificar y aclarar estos criterios respecto de la información que ha presentado confusiones para dar cumplimiento a la orden 19 en comento.

Es evidente en este último informe, que hemos venido mencionado, presentado en el año 2010 la confusión que suscita la Resolución citada, puesto que en el análisis de datos no se identifica la realidad de las negaciones realizadas por las EPS puesto que estas no atienden la obligatoriedad de realizarlo, otras manifiestan la dificultad de subir la información a la página web del Ministerio de la Protección Social, otras como aquellas que prestan servicios en ambos regímenes no logran diferenciar a cual se refiere cada archivo entregado y por último no existe concordancia entre el primer informe y el segundo puesto que resulta que en el segundo las negaciones son mayores que en el primer informe.

Así las cosas, en el momento las EPS simplemente hacen caso omiso a lo ordenado en la sentencia T 760-2008 apoyándose en la Resolución 3173 de 2009, argumentando que esta información deben enviarla directamente al Ministerio de la Protección Social, por lo tanto la Defensoría no ha podido evaluar el proceso de cumplimiento de la orden en estudio, porque la información del Ministerio no resulta completa, lo cual tal vez obedece a la falta de compromiso de las EPS, quizá por falta de información, capacitación, claridad, motivo por el cual a la fecha por esta vía no resulta factible identificar con claridad el impacto del cumplimiento de la Sentencia en cuestión.

Ahora bien, la ley 1438 de 2011 en su artículo 8, busca nuevos mecanismos creando el OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD, a quien el gobierno le otorga facultades entre otras la siguiente "...monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desgregada de resultados por asegurado, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impactos alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del sistema". Es así como los órganos de inspección, vigilancia y control en el territorio Colombiano resultan ser un gran número pero es evidente que aún no existe ninguna clase clara de resultado. Las entidades siguen aún, incumpliendo y vulnerando los derechos de los ciudadanos negando a prestar los servicios de seguridad social en salud.

La Corte Constitucional en la Sentencia T-760-08, con el exclusivo fin de imponer medidas para evitar el continuo rechazo y demora en la prestación de servicios médicos que no se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud y los que si se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud, basándose en un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en un período de dos años demostró que para el periodo comprendido entre los años 2006-2008 muchos colombianos acuden a la acción de tutela para reclamar estos derechos, determinando que la

negación y la demora en el suministro de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud vulneran evidentemente el derecho a la salud de los ciudadanos. Por lo tanto la Corte adoptó medidas con la finalidad de resolver los asuntos en cuestión, para así evitar que los ciudadanos tengan como única alternativa interponer la acción de tutela para el reconocimiento de sus derechos y puedan acceder a los servicios de salud bajo la responsabilidad de las entidades encargadas de prestar estos servicios y gozar de ellos de manera efectiva.

Con respecto a investigación realizada en el Municipio de Pasto y específicamente con base en la información obtenida del Sistema de Justicia Siglo XXI de la Rama Judicial, se observa que el número de tutelas interpuestas en la ciudad de Pasto en contra de las entidades promotoras de salud (EPS) tuvo un cambio importante a partir de la Sentencia T-760, expedida el 31 de Julio de 2008.

Cuadro 1. Tutelas presentadas en el Municipio de Pasto periodo agosto de 2007 a julio de 2009

NIT	REPRESENTANTE LEGAL	ENTIDAD	TOTAL
891200869-4	MIGUEL ANGEL ORTIZ MARTINEZ	SELVA SALUD ARS	7
804001273-5	FERNANDA GARCIA	SOLSALUD EPS S.A.	13
800250119-1	DIEGO FERNANDO JIMENEZ RIAÑO	SALUDCOOP EPS	1.371
800251440-6	MARIA JIMENA SANTANDER	E.P.S SANITAS S.A	81
814000337-1	CARLOS FAJARDO PABON	EMSSANAR ESS	1.241
891280008-1	JHON ROJAS	COMFAMILIAR DE NARIÑO EPS	117
837000084-5	FABIO ENRIQUEZ MIRANDA	MALLAMAS EPS INDÍGENA	71
805000427-1	LUIS ALBERTO GARCIA	COOMEVA EPS	428
805001157-2	MARIA ALEJANDRA AGUILAR	SERVICIO OCC DE SALUD S.O.S S.A.	48
814000608-0	ALEXANDER BURBANO	EPS CONDOR S.A.	1.241
892115024-8	SILVANA LEGARDA	SALUD VIDA S.A.	13
800130907-4		SALUD TOTAL S.A	-

891280000-1		INST. DEP. DE SALUD DE NARIÑO	12
899999826-0	HECTOR VILLOTA	CAPRECOM EPS	153
900156264-2	SERGIO CASTRO QUIROZ	NUEVA E.P.S	54
817000248-3	DASIER BENAVIDES BUITRAGO	ASMET SALUD	66

Fuente: Consejo Seccional de la Judicatura, Base de datos Sistema Justicia Siglo XXI, Pasto 2009.

Para efectos de cuantificar dicho impacto, se analizaron los registros estadísticos consolidados en dos periodos de un año cada uno, así: Del 1º de agosto de 2007 a 31 de julio de 2008 (antes de la sentencia) y Del 1º de agosto de 2008 a 31 de julio de 2009 (después de la sentencia), encontrando que previo a la expedición de la sentencia T-760, se presentaron un total de 3.121 tutelas en contra de las EPS de Pasto y luego de dicha sentencia, es decir hasta el 31 de Julio de 2009, se presentaron un total de 1.795 tutelas (1.326 menos), equivalentes a una disminución del 42.5%, tal como se relaciona a continuación en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Comportamiento cuantitativo de Tutelas presentadas en el Municipio de Pasto.

IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD Y EN EL APARATO JUDICIAL DE PASTO POR COMPORTAMIENTO CUANTITATIVO DE LAS ACCIONES DE TUTELA POR SERVICIOS DE SALUD DESPUES DE LA EXPEDICION DE LA SENTENCIA T-760/2008

ENTIDAD	TUTELAS PRESENTADAS		Variación
	ANTES	DESPUES	
	Ago 2007-Jul 2008	Ago 2008-Jul 2009	
	No.	No.	
SELVA SALUD ARS	7	-	-100.0%
SOLSALUD EPS S.A.	13	-	-100.0%
SALUDCOOP EPS	980	391	-60.1%
E.P.S SANITAS S.A	57	24	-57.9%
EMSSANAR ESS	849	392	-53.8%
COMFAMILIAR DE NARIÑO EPS	79	38	-51.9%
MALLAMAS EPS INDÍGENA	42	29	-31.0%
COOMEVA EPS	252	176	-30.2%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A.	28	20	-28.6%
EPS CONDOR S.A.	719	522	-27.4%
SALUD VIDA S.A.	7	6	-14.3%
SALUD TOTAL S.A	-	-	0.0%
INSTITUTO DEP. DE SALUD DE NARIÑO	5	7	40.0%
CAPRECOM EPS	62	91	46.8%
NUEVA E.P.S	0	54	100%
ASMET SALUD	21	45	114.3%
	3,121	1,795	-42.5%

Fuente:

Consejo Seccional de la Judicatura, Base de datos Sistema Justicia Siglo XXI, Pasto 2009.

1,326

Cuadro No. 2

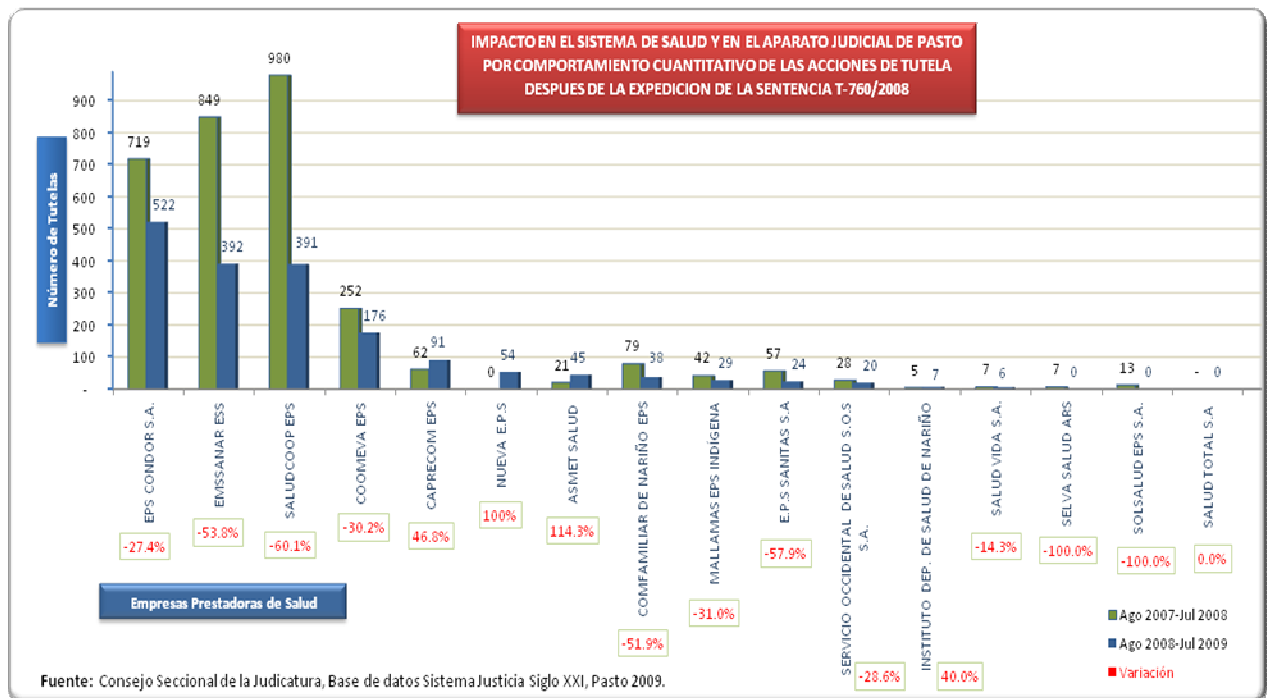
Se observa también, que las empresas que proporcionalmente al número de afiliados registraban el mayor número de tutelas antes de la sentencia, muestran ahora los mayores volúmenes de disminución, evidenciando así una tendencia clara de los efectos producidos no solo en el sistema de salud de la Ciudad de Pasto sino también en el aparato judicial.

Tal como se muestra en el cuadro 1, empresas como: SALUDCOOP, que luego de la sentencia referida con anterioridad, registran por parte de sus usuarios una

disminución del 60.1% en la presentación de tutelas al pasar de 980 a 391; EMSANAR, con una disminución del 53.8% pasando de 849 a 392; COOMEVA con -30% (de 252 a 176), y CONDOR, con -27.4% (de 719 a 522), son indicativo de que los objetivos de dicha sentencia se están cumpliendo, haciendo claridad que en esta investigación no se analiza los efectos jurídicos para las partes.

En conclusión, se puede apreciar que las medidas propuestas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, fueron positivas teniendo en cuenta que el número de tutelas presentadas disminuyó ostensiblemente a partir de la fecha de su expedición en un poco más de la mitad.

Gráfica 1. Numero de Tutelas presentadas en cada EPS del Municipio de Pasto



Fuente: Consejo Seccional de la Judicatura, Base de datos Sistema Justicia Siglo XXI, Pasto 2009.

Tal como se muestra en esta gráfica, las órdenes impartidas por la Corte Constitucional contribuyeron en gran medida a la disminución en el número de Tutelas en el Municipio de Pasto, demostrando de esta manera que fueron imprescindibles para lograr el respeto al derecho a la salud mediante la superación de las fallas en la regulación por parte de los órganos competentes.

Además estos resultados demuestran que los órganos encargados de regular el sistema de salud han logrado en buena parte, corregir las fallas en la regulación, así como superar los obstáculos que resultan de la aplicación de la regulación existente que afectan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios.

Lo importante de este resultado, es que disminuirá la desprotección en que se encuentran determinados grupos sociales y la arbitrariedad a la que en ocasiones se ven sometidos en los trámites administrativos para reclamar sus derechos, desapareciendo la figura de la Tutela como el único medio expedito para ello y en el caso de la protección del derecho a la salud, para lograr la prestación del servicio, procedimiento, intervención o medicamento.

De esta manera se logrará muy seguramente la protección de todos los ciudadanos en sus derechos y de la confianza que éstos pueden tener en sus instituciones.

Con la finalidad de establecer si existe un cambio positivo o negativo en la ciudad de Pasto, en el nivel de percepción del ciudadano hacia el sistema de salud y el nivel de satisfacción del usuario por la prestación del servicio, se elaboro una encuesta la cual fue aplicada a un numero de 383 usuarios del sistema tanto del régimen contributivo como subsidiado, de los cuales se procedió a hacer un análisis para cada uno de ellos y de manera independiente para cada pregunta

desarrollada, con lo cual se obtuvo los resultados generales de la aplicación de ésta.

Los resultados de la tabulación de encuestas dirigidas a la población afiliada al REGIMEN CONTRIBUTIVO fueron los siguientes:

INFORMACIÓN GENERAL

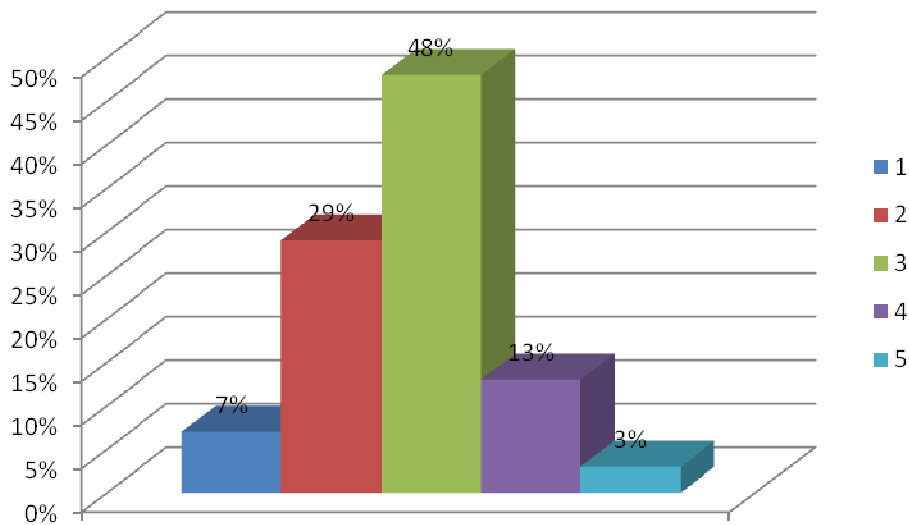
ESTRATO

Cuadro 3. Estrato

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
1	27	7%
2	111	29%
3	184	48%
4	50	13%
5	11	3%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 2. Estrato



Fuente: esta investigación

De la información suministrada por las personas encuestadas encontramos que el mayor número se encuentra registrado en el estrato tres en un 48%, sin dejar de ser significativo el número de personas encuestadas del estrato dos con el 29% y que pertenecen al régimen contributivo. El menor número de afiliados se encuentra en el estrato cinco, tan solo representado en un 3% del total de encuestados.

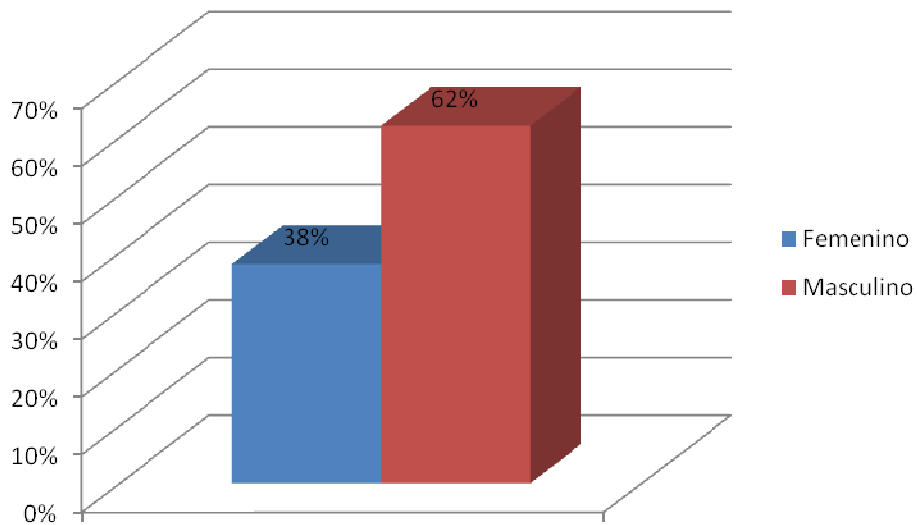
SEXO

Cuadro 4. Sexo

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Femenino	146	38%
Masculino	237	62%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 3. Sexo



Fuente: esta investigación

De las personas encuestadas en el régimen contributivo, se encuentran en mayor porcentaje las de sexo masculino con un 62% y en menor representación las del sexo femenino con un 38%.

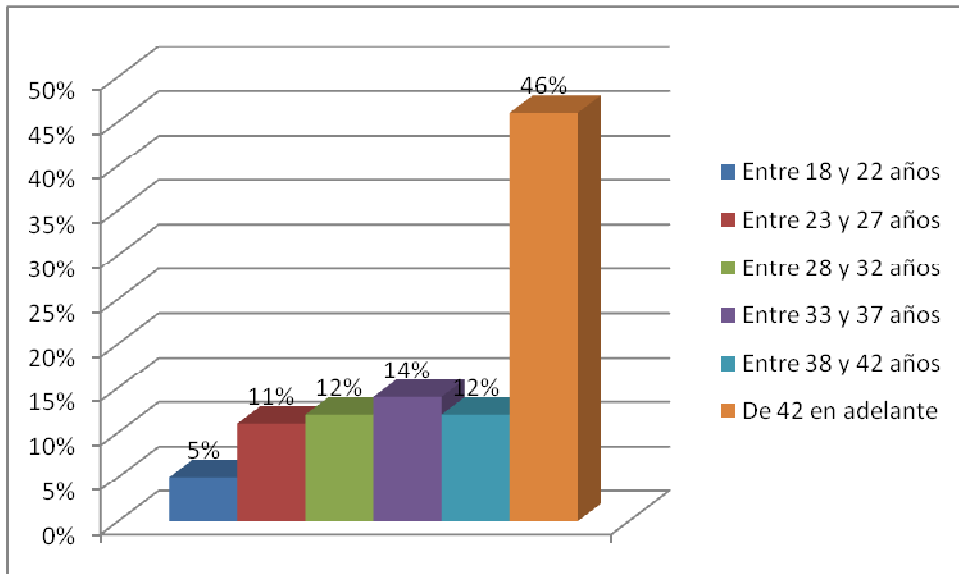
EDAD

Cuadro 5. Edades

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Entre 18 y 22 años	19	5%
Entre 23 y 27 años	42	11%
Entre 28 y 32 años	46	12%
Entre 33 y 37 años	54	14%
Entre 38 y 42 años	46	12%
De 42 en adelante	176	46%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 4. Edades



Fuente: esta investigación

Las personas encuestadas que se encuentran afiliadas al régimen contributivo de manera significativa, tienen en su mayoría más de 42 años de edad en un 46%, y el 54% restante se encuentra representado entre las edades de 18 años y 41 años de edad.

INFORMACION TECNICA

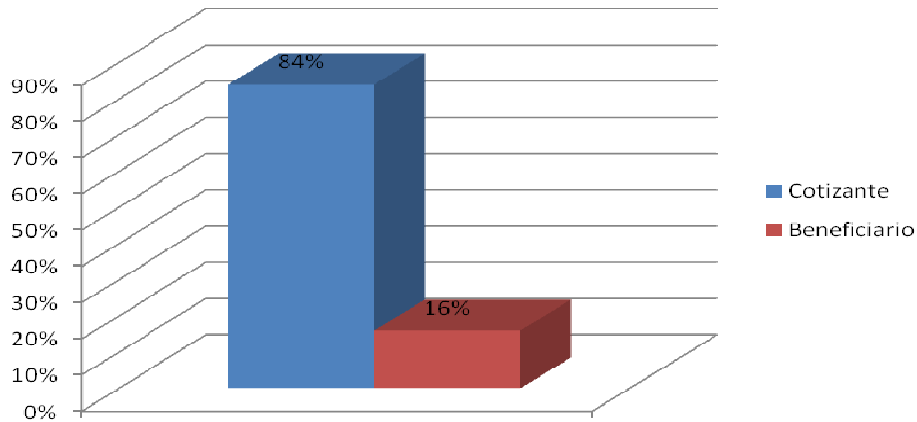
Qué clase de Afiliado es?

Cuadro 6. Clase de Afiliado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Cotizante	322	84%
Beneficiario	61	16%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 5. Clase de Afiliado



Fuente: esta investigación

La información recolectada proviene en gran parte de personas que se encuentran afiliadas como cotizantes al régimen contributivo, arrojando un resultado porcentual del 84%.

Cuál es la EPS a la que se encuentra afiliado?

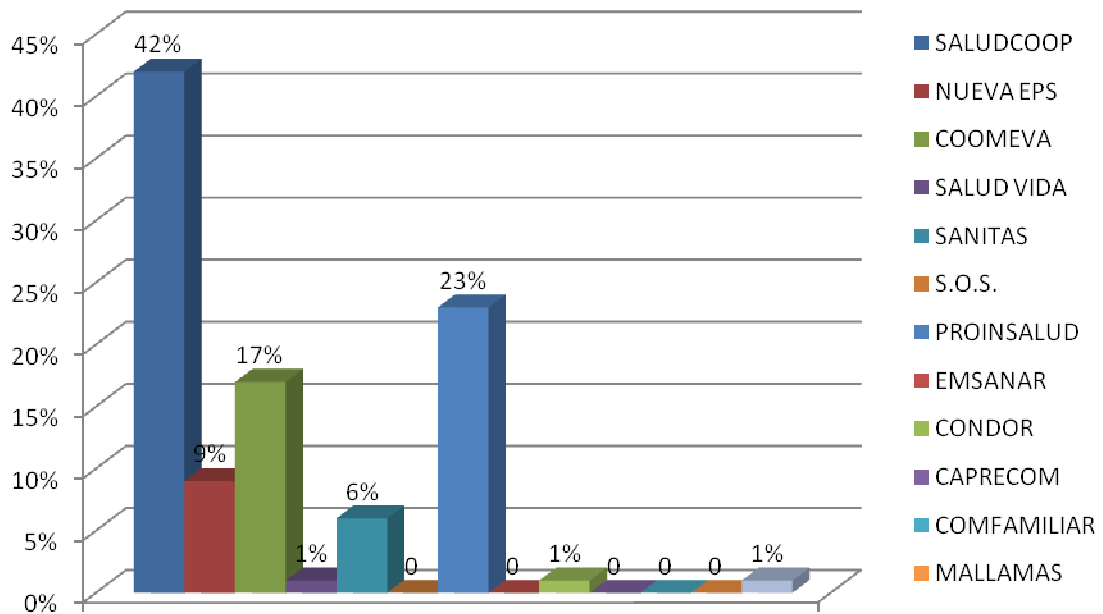
Cuadro 7. Clase de EPS

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SALUDCOOP	161	42%
NUEVA EPS	34	9%
COOMEVA	65	17%
SALUD VIDA	4	1%
SANITAS	23	6%
S.O.S.	0	0
PROINSALUD	88	23%

EMSANAR	0	0
CONDOR	4	1%
CAPRECOM	0	0
COMFAMILIAR	0	0
MALLAMAS	0	0
OTRA	4	1%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 6. Clase de EPS



Fuente: esta investigación

Se pudo determinar que la información suministrada proviene de personas que se encuentran afiliadas en el régimen contributivo en mayor número y en orden descendente a SALUDCOOP 42%, PROINSALUD 23%, COOMEVA 17%, NUEVA EPS 9% Y SANITAS 6% principalmente.

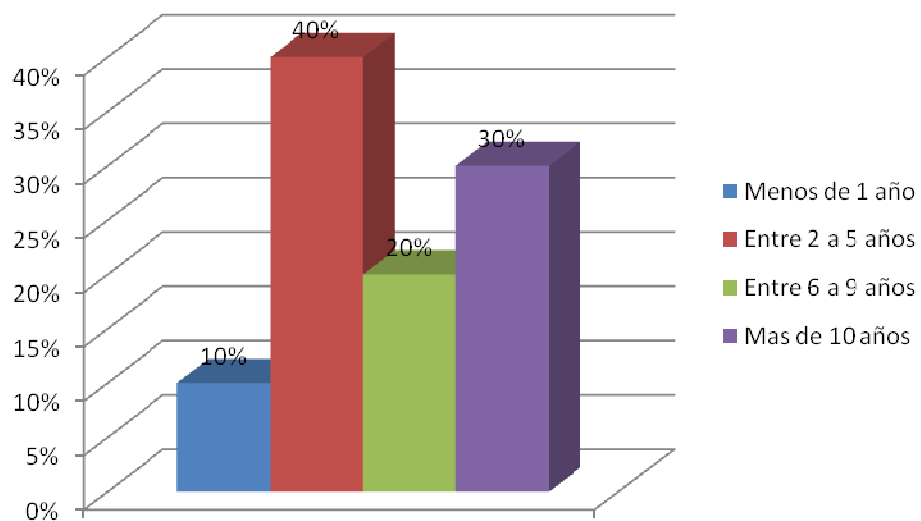
Cuanto tiempo lleva afiliado a su EPS?

Cuadro 8. Tiempo de Afiliación

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Menos de 1 año	38	10%
Entre 2 a 5 años	153	40%
Entre 6 a 9 años	77	20%
Mas de 10 años	115	30%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 7. Tiempo de Afiliación



Fuente: esta investigación

El 40% de las personas encuestadas están afiliadas al sistema de salud entre 2 a cinco años, y más de 10 años un 30%. Tan solo el 10% de ellas tienen un tiempo de afiliación inferior a un año.

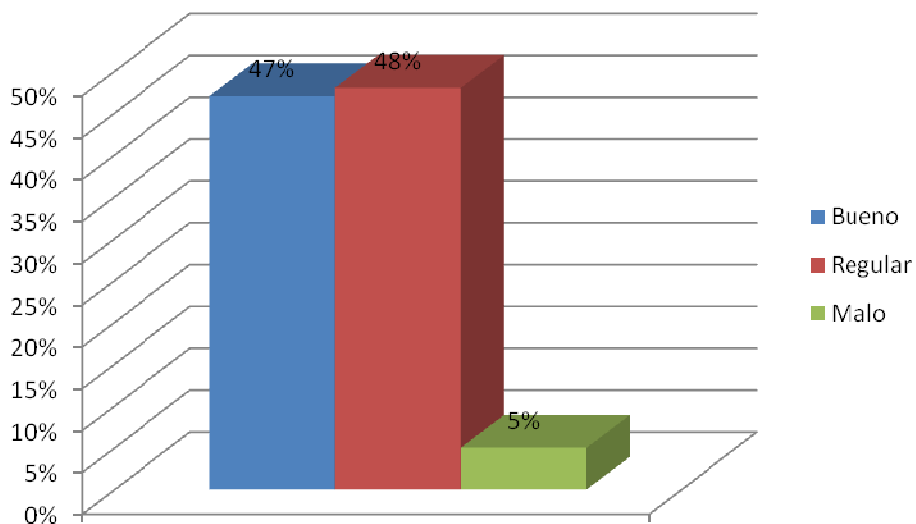
Cómo calificaría los servicios prestados por su EPS en este último año?

Cuadro 9. Calificación del servicio en el último año

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Bueno	180	47%
Regular	184	48%
Malo	19	5%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 8. Calificación del servicio en el último año



Fuente: esta investigación

Las personas encuestadas manifiestan que en este último año el servicio de salud en la EPS al cual se encuentra afiliado fue bueno en un 47% y casi en igual medida consideran que el servicio fue regular con el 48%; son muy pocas las personas (5%) que afirman que el servicio de salud es malo en su EPS.

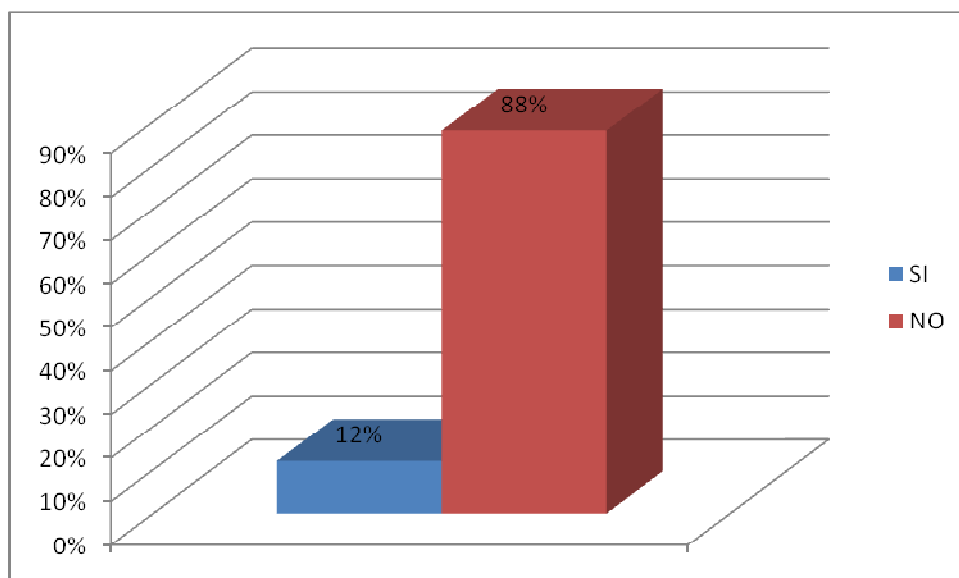
En el último año se le ha negado la prestación de servicios de salud en cuanto a procedimientos y/o tratamientos formulados por su médico?

Cuadro 10. Negativa en la prestación del servicio de salud en el último año

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	46	12%
NO	337	88%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 9. Negativa en la prestación del servicio de salud en el último año



Fuente: esta investigación

Los resultados de la encuesta muestran que en este último año las EPS han cubierto la atención en salud requerida por parte de sus afiliados ya que al 88% de las personas encuestadas no se les ha negado el servicio, y tan solo un 12% manifiesta que en el último año se le han negado procedimientos o tratamientos.

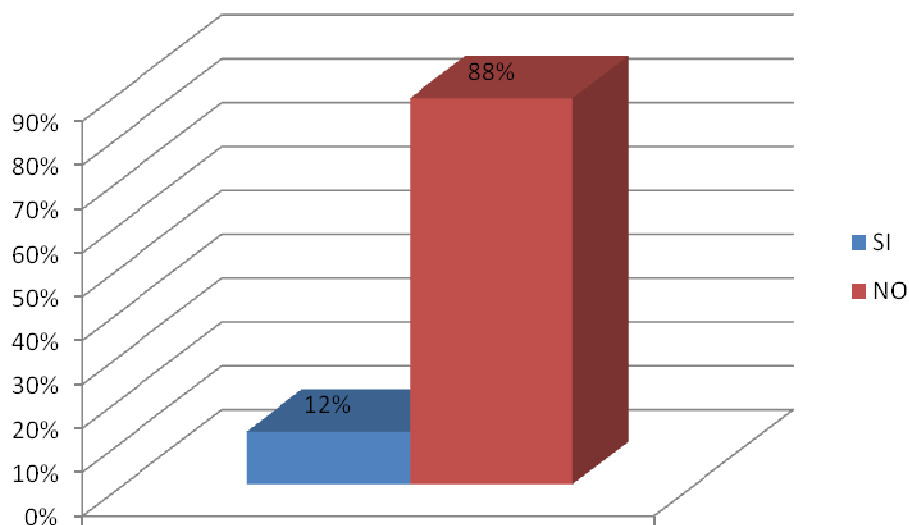
En el último año se le ha negado el suministro de medicamentos formulados por su médico?

Cuadro 11. Negativa en suministro de medicamentos en el último año

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	46	12%
NO	337	88%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 10. Negativa en suministro de medicamentos en el último año



Fuente: esta investigación

De la misma forma encontramos que en éste último año las EPS han procurado entregar los medicamentos requeridos por el afiliado en un 88%, porque solo se evidencia que a un 12% de las personas encuestadas se le ha negado los medicamentos formulados por su médico.

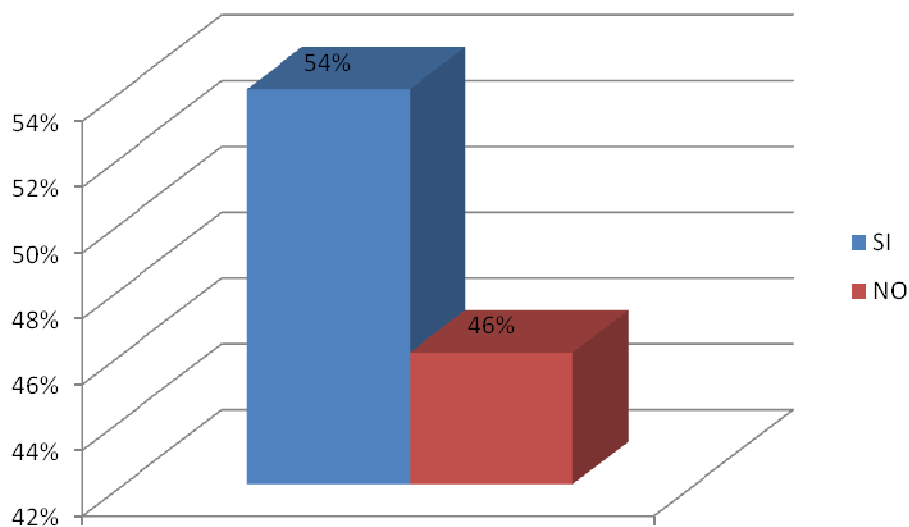
En el último año ha buscado atención médica por fuera de su EPS?

Cuadro 12. Atención médica particular en el último año

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	207	54%
NO	176	46%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 11. Atención médica particular en el último año



Fuente: esta investigación

El 54 % de las personas encuestadas manifiestan que han preferido acudir a la atención de un médico de manera particular así tengan que sufragar los gastos adicionales, debido a que necesitan conceptos diversos sobre su enfermedad por parte de los médicos especialistas y tener varias opciones de solución a sus problemas de salud. Adicionalmente a ello prefieren acudir a la medicina no tradicional, con el fin de no someterse a procedimientos quirúrgicos porque los consideran un riesgo al que prefieren no someterse.

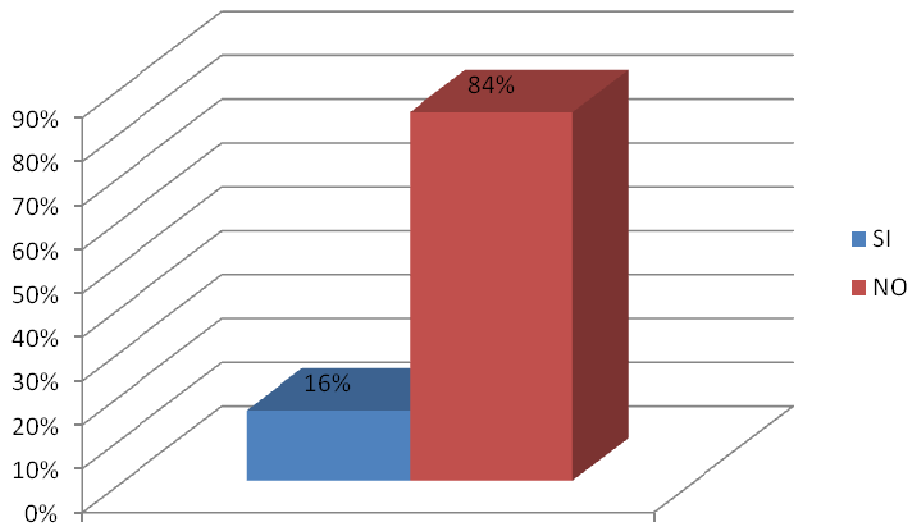
En el último año ha tenido que acudir a algún procedimiento administrativo para tener acceso a la prestación de servicios de salud por parte de su EPS?

Cuadro 13. Utilización de procesos administrativos en el último año

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	61	16%
NO	322	84%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 12. Utilización de procesos administrativos en el último año



Fuente: esta investigación

Es evidente que dentro de éste último año fueron muy pocas las personas que tuvieron que presentar solicitudes o hacer gestiones administrativas con el fin de tener acceso al servicio de salud en su EPS (16%). El 84% de los encuestados no ha tenido que acudir a procedimientos que se salgan del conducto regular con el fin de obtener la atención en salud por la EPS a la cual se encuentra afiliado, dentro de éste último año.

En caso afirmativo a cual procedimiento ha acudido?

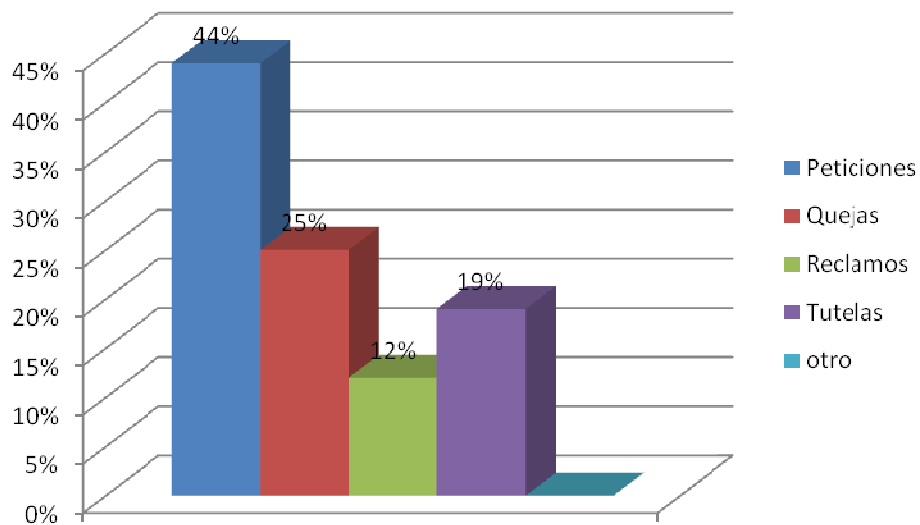
Cuadro 14. Clase de procedimiento utilizado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Peticiones	27	44%
Quejas	15	25%

Reclamos	7	12%
Tutelas	12	19%
Otro	0	0%
TOTAL	61	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 13. Clase de procedimiento utilizado



Fuente: esta investigación

De las personas encuestadas el 16% manifestaron que tuvieron que acudir a procedimientos administrativos para acceder al servicio de salud. De ellas el 44% presentó peticiones con el fin de que les autoricen la atención por Especialista. Las quejas que presentaron un 25% de esas personas se refirieron a la demora en la prestación del servicio de salud. El 19% de las personas que presentaron Tutelas, lo hicieron porque se les negó la atención con especialista, el suministro de los medicamentos requeridos e implementos para la recuperación.

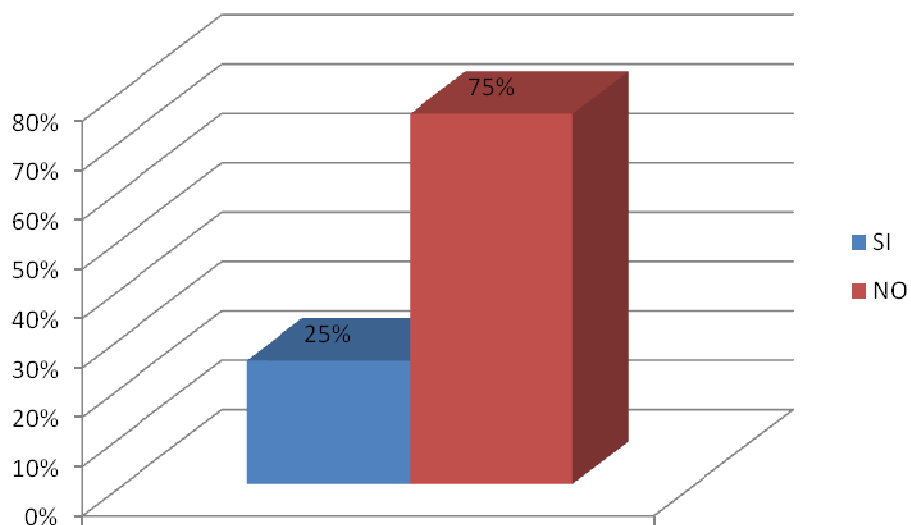
Ha recibido la carta de derechos del paciente por parte de su EPS?

Cuadro 15. Recibieron la carta de derechos del paciente

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	96	25%
NO	287	75%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 14. Recibieron la carta de derechos del paciente



Fuente: esta investigación

El resultado de la encuesta evidencia que las EPS no se han preocupado por dar a conocer la carta de derechos del paciente a sus afiliados, tan solo al 25% de las

personas encuestadas se les ha entregado o enviado por e-mail este documento. El 75% de los encuestados no la recibieron.

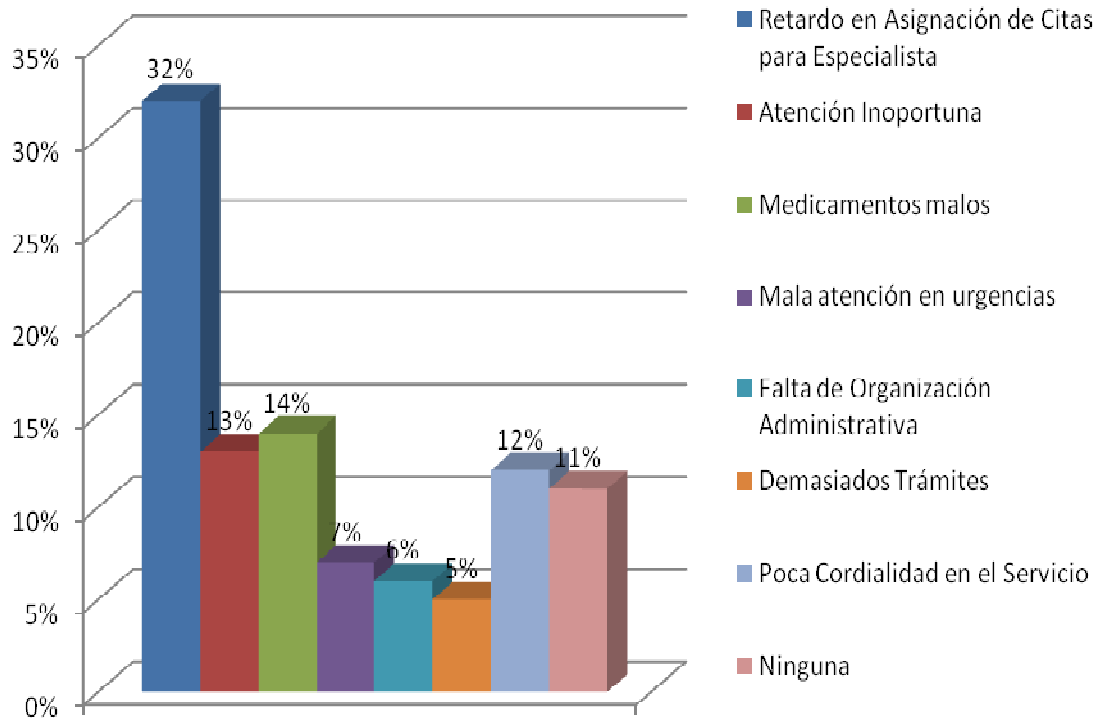
Qué problemática considera que se debería solucionar al interior de las EPS?

Cuadro 16. Problemática

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Retardo en Asignación de Citas para Especialista	122	32%
Atención Inoportuna	50	13%
Medicamentos malos	54	14%
Mala atención en urgencias	27	7%
Falta de Organización Administrativa	23	6%
Demasiados Trámites	19	5%
Poca Cordialidad en el Servicio	46	12%
Ninguna	42	11%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 15. Problemática



Fuente: esta investigación

De conformidad con la información suministrada por las personas encuestadas tenemos que el problema que más se presenta es, que las EPS del régimen contributivo, retardan la asignación de citas para ser atendidos por médico especialista, tal como lo manifiesta un 32%.

Los problemas que regularmente se presentan y que refieren un porcentaje que no difiere en gran medida son el suministro de medicamentos de no muy buena calidad, la demora en la atención y la falta de cordialidad por parte de las personas y profesionales encargados de la atención.

Tenemos dentro de los resultados de la encuesta que se han logrado por parte de las EPS del régimen contributivo disminuir los trámites para poder tener acceso a la salud, por que tan solo el 5% manifiesta tener éste inconveniente.

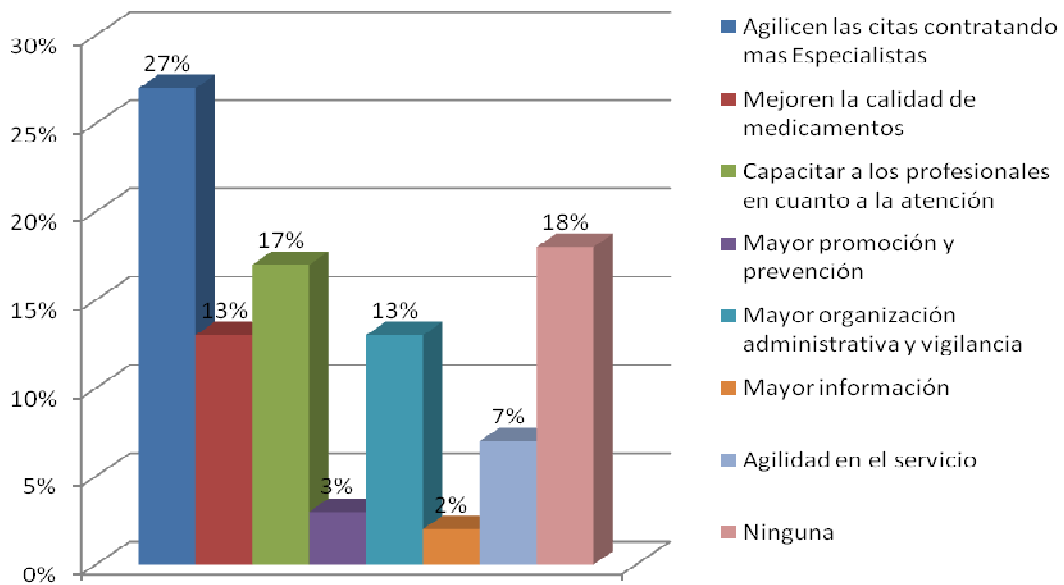
Qué sugerencia haría para lograr una mejor prestación de servicios de salud por parte de su EPS?

Cuadro 17. Sugerencias

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Agilicen las citas contratando mas Especialistas	103	27%
Mejoren la calidad de medicamentos	50	13%
Capacitar a los profesionales en cuanto a la atención	65	17%
Mayor promoción y prevención	11	3%
Mayor organización administrativa y vigilancia	50	13%
Mayor información	8	2%
Agilidad en el servicio	27	7%
Ninguna	69	18%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 16. Sugerencias



Fuente: esta investigación

El 27% de las personas encuestadas manifiestan que se lograría una mejor prestación del servicio de salud por parte de su EPS si contrataran mas Especialistas porque de esa manera habría mayor agilidad en la asignación de citas. El 18% asegura estar conforme con el servicio de salud prestado por parte de su EPS, por tanto no hacen sugerencias para mejorarlo. El 13% de ellas sugiere que la EPS debe optimizar los medicamentos formulados y procurar tener una mejor organización administrativa y vigilancia. Entre los porcentajes más bajos encontramos que las personas sugieren que las EPS efectúen más campañas de promoción y prevención y brindar mayor información a sus afiliados.

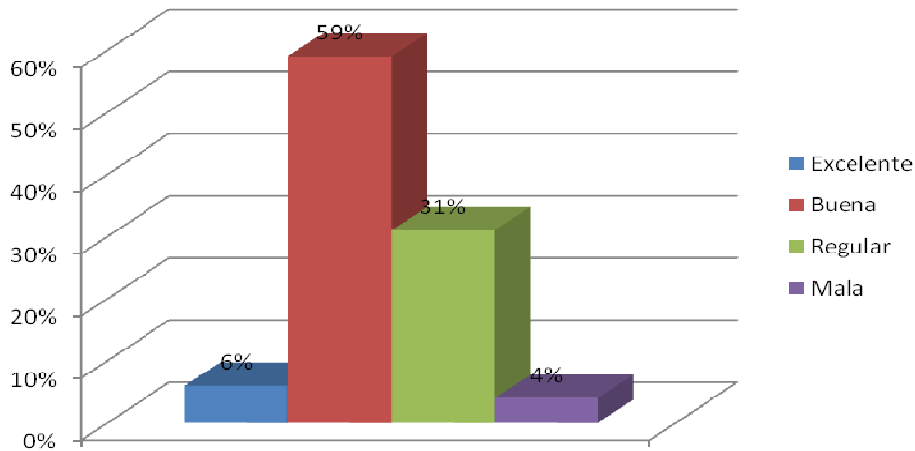
Cómo califica su grado de satisfacción general sobre el servicio de salud ofrecido por su EPS?

Cuadro 18. Grado de satisfacción general sobre el servicio de salud

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Excelente	23	6%
Buena	226	59%
Regular	119	31%
Mala	15	4%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 17. Grado de satisfacción general sobre el servicio de salud



Fuente: esta investigación

De manera general, la tabulación de la encuesta realizada a personas del régimen contributivo arroja como resultado un grado de satisfacción bueno sobre el servicio de salud ofrecido por la EPS en un porcentaje del 59%. El 31% de las personas encuestadas califican el servicio de salud de manera regular y tan solo el 4% de ellas considera que el servicio de salud en su EPS fue malo.

Los resultados de la tabulación de encuestas dirigidas a la población afiliada al REGIMEN SUBSIDIADO fueron los siguientes:

INFORMACIÓN GENERAL

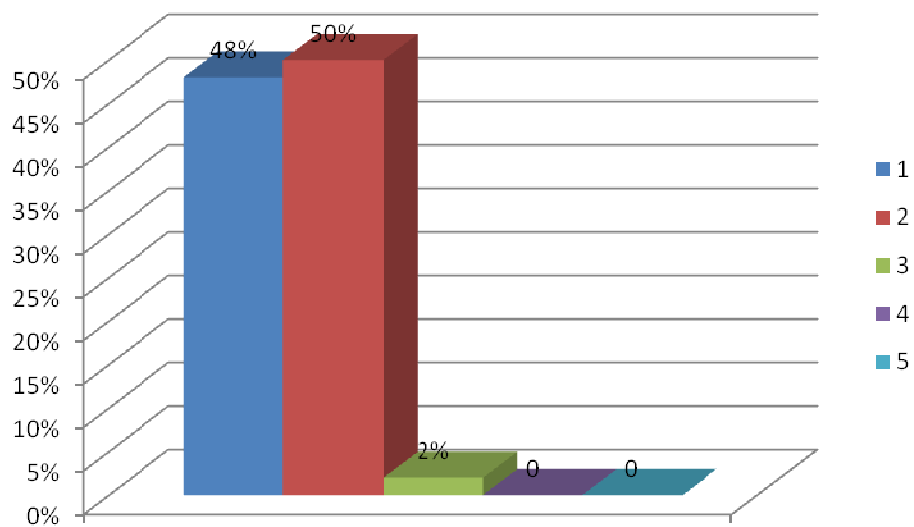
ESTRATO

Cuadro 19. Estrato Régimen Subsidiado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
1	184	48%
2	191	50%
3	8	2%
4	0	0
5	0	0
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 18. Estrato Regimen Subsidiado



Fuente: esta investigación

De la información suministrada por las personas encuestadas y que son afiliadas al régimen subsidiado, encontramos que es equitativo el número de personas que se encuentran en el estrato uno y dos, es muy mínima la cantidad de personas están en el estrato tres, de la siguiente manera: el 50% se encuentra en el estrato 2, el 48% se encuentra en el estrato 1, y tan solo el 2% en el estrato 3.

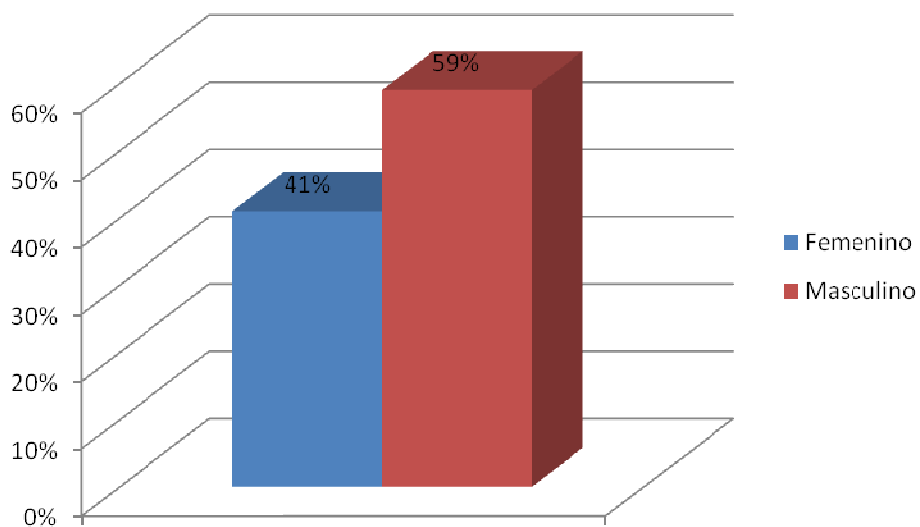
SEXO

Cuadro 20. Sexo Régimen Subsidiado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Femenino	157	41%
Masculino	226	59%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 19. Sexo Régimen Subsidiado



Fuente: esta investigación

De las personas encuestadas en el régimen subsidiado, se encuentran en mayor porcentaje las de sexo masculino en un 59% y en menor porcentaje las de sexo femenino en un 41%.

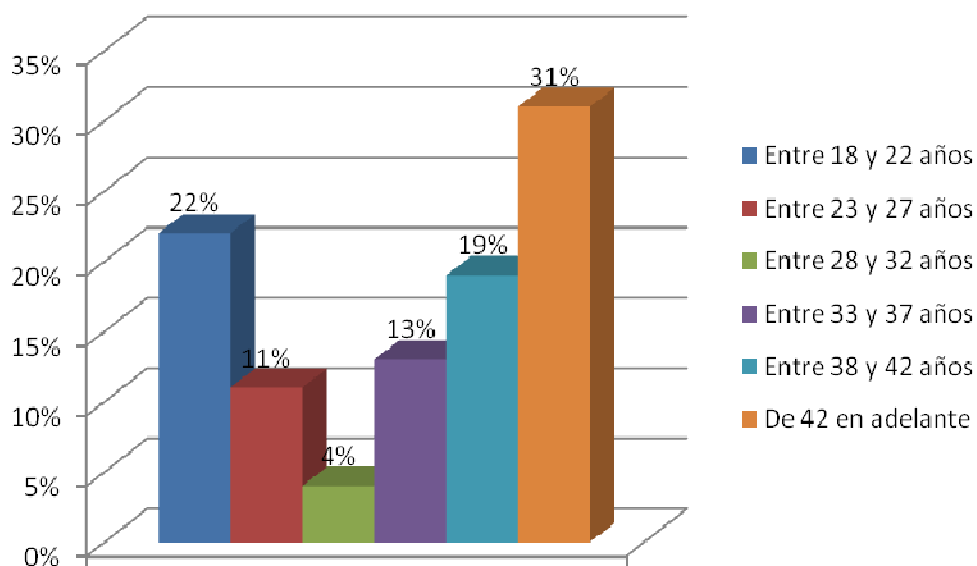
EDAD

Cuadro 21. Edad Régimen Subsidiado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Entre 18 y 22 años	84	22%
Entre 23 y 27 años	42	11%
Entre 28 y 32 años	15	4%
Entre 33 y 37 años	50	13%
Entre 38 y 42 años	73	19%
De 42 en adelante	119	31%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 20. Edad Régimen Subsidiado



Fuente: esta investigación

Dentro de los resultados obtenidos podemos resaltar que el 31% de las personas encuestadas afirman tener más de 42 años de edad y el 22% entre los 18 y los 22 años. Los demás rangos de edades si bien no son muy significativos tampoco son tan bajos.

INFORMACIÓN TÉCNICA

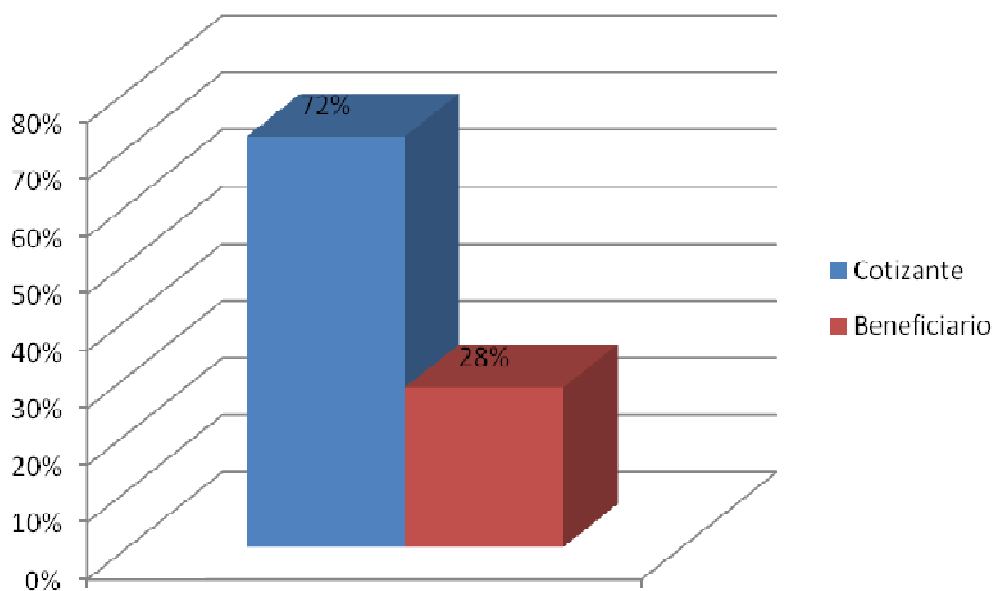
Qué clase de afiliado es?

Cuadro 22. Clase de afiliado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Cotizante	276	72%
Beneficiario	107	28%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 21. Clase de Afiliado



Fuente: esta investigación

La información recolectada proviene en gran parte de personas que se encuentran afiliadas como cotizantes al régimen subsidiado, ya que de los resultados de las encuestas el 72% de las personas manifiestan estar afiliadas como cotizantes y el 28% como beneficiarios.

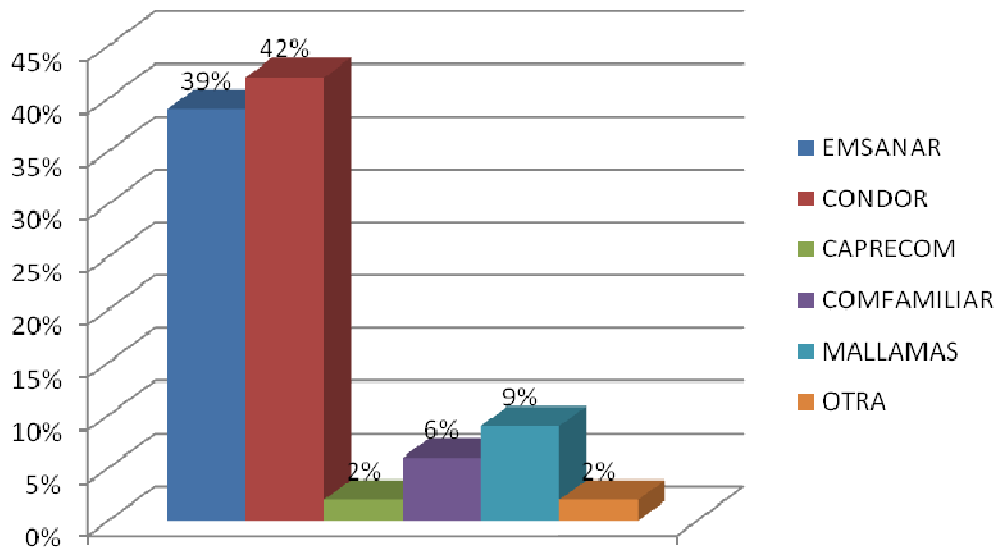
Cuál es la EPS a la que se encuentra afiliado?

Cuadro 23. Clase de EPS

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
EMSANAR	149	39%
CONDOR	161	42%
CAPRECOM	8	2%
COMFAMILIAR	23	6%
MALLAMAS	34	9%
OTRA	8	2%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfico 23. Clase de EPS



Fuente: esta investigación

Se pudo determinar que la información suministrada proviene de personas que se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado en mayor número y en orden descendente a CONDOR el 42%, EMSANAR el 39%, MALLAMAS el 9%, COMFAMILIAR el 6% Y CAPRECOM y COMFAMILIAR el 2%.

Cuánto tiempo lleva afiliado a su EPS?

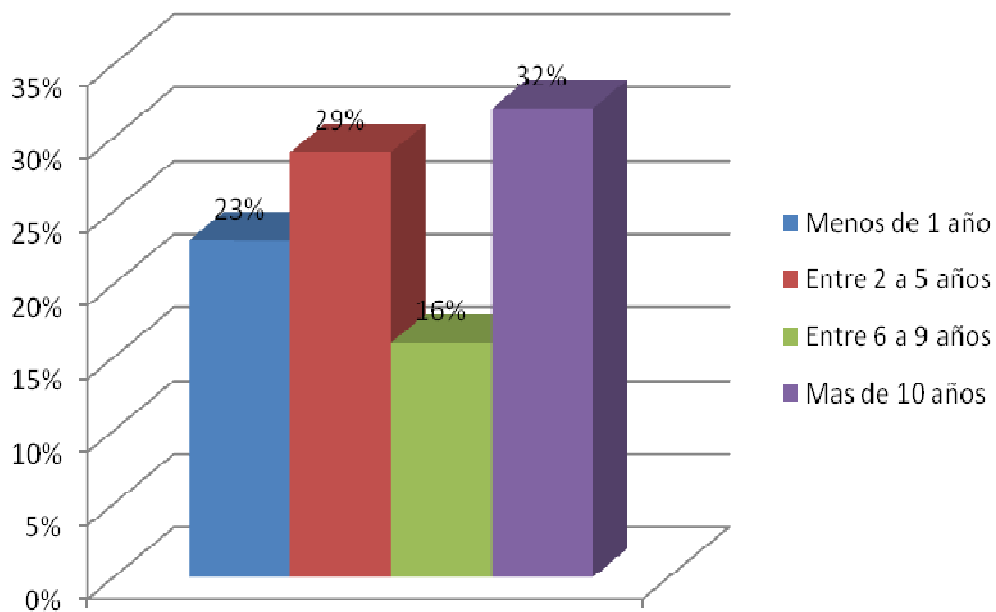
Cuadro 24. Tiempo de Afiliación

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Menos de 1 año	88	23%
Entre 2 a 5 años	112	29%
Entre 6 a 9 años	61	16%

Más de 10 años	122	32%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 23. Tiempo de Afiliación



Fuente: esta investigación

El tiempo de afiliación de las personas que hacen parte del régimen subsidiado no presenta grandes variables, podemos destacar que el 32% se encuentra afiliada más de 10 años y el 29 % entre 2 a 5 años, sin que disten en mucho de las demás, en menor porcentaje del 16% se encuentran personas afiliadas de 6 a 9 años.

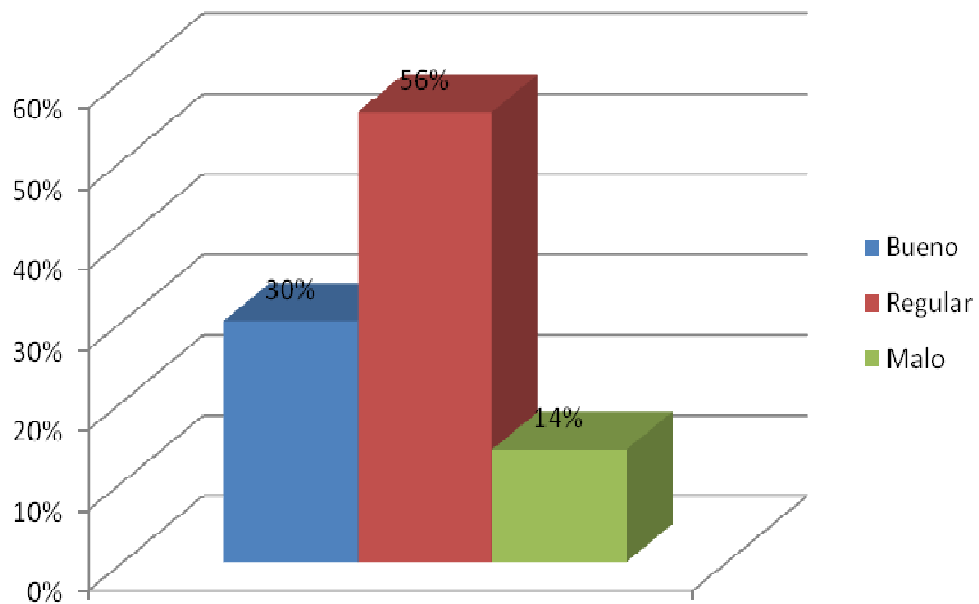
Cómo calificaría los servicios prestados por su EPS en este último año?

Cuadro 25. Calificación del servicio de salud en el último año

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Bueno	115	30%
Regular	214	56%
Malo	54	14%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 24. Calificación del servicio de salud en el último año



Fuente: esta investigación

Las personas encuestadas en su mayoría (56%) manifiestan que en este último año el servicio de salud en la EPS al cual se encuentra afiliado fue regular. El 30% considera que fue bueno y un 14% malo. Lo que refleja que existen problemas en el servicio de salud en el régimen subsidiado que no se han podido solucionar.

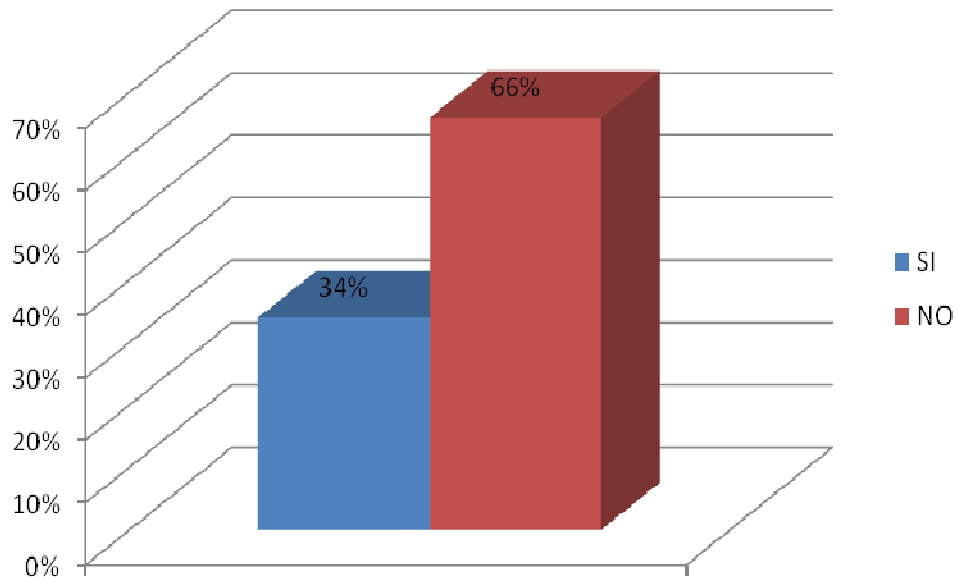
En el último año se le ha negado la prestación de servicios de salud en cuanto a procedimientos y/o tratamientos formulados por su médico?

Cuadro 26. Negación en la prestación del servicio de salud

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	130	34%
NO	253	66%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 25. Negación en la prestación del servicio de salud



Fuente: esta investigación

Los resultados de la encuesta muestran que en este último año las EPS han procurado cubrir la atención en salud requerida por parte de los afiliados al régimen subsidiado, debido a que el 66% de los encuestados afirma que no se le ha negado la prestación de servicios de salud en su EPS, aunque es evidente que existe un número de personas en porcentaje del 34% que manifiesta que en el último año se le han negado procedimientos o tratamientos.

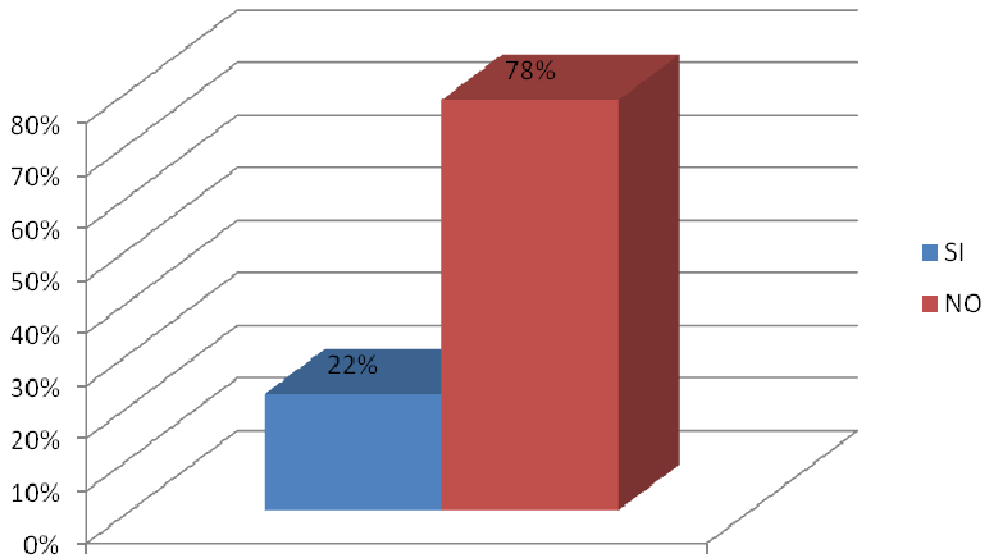
En el último año se le ha negado el suministro de medicamentos formulados por su médico?

Cuadro 27. Negación en el suministro de medicamentos

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	84	22%
NO	299	78%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 26. Negación en el suministro de medicamentos



Fuente: esta investigación

De la misma forma encontramos que en éste último año las EPS han entregado los medicamentos requeridos por el afiliado, porque el 78% de los encuestados los

recibieron sin ningún inconveniente, solo se evidencia que a un 22% de las personas encuestadas se le ha negado los medicamentos formulados por su médico, en el régimen subsidiado, aunque sigue siendo alto el porcentaje de descontento con respecto a la información que suministraron las personas encuestadas que hacen parte del régimen contributivo.

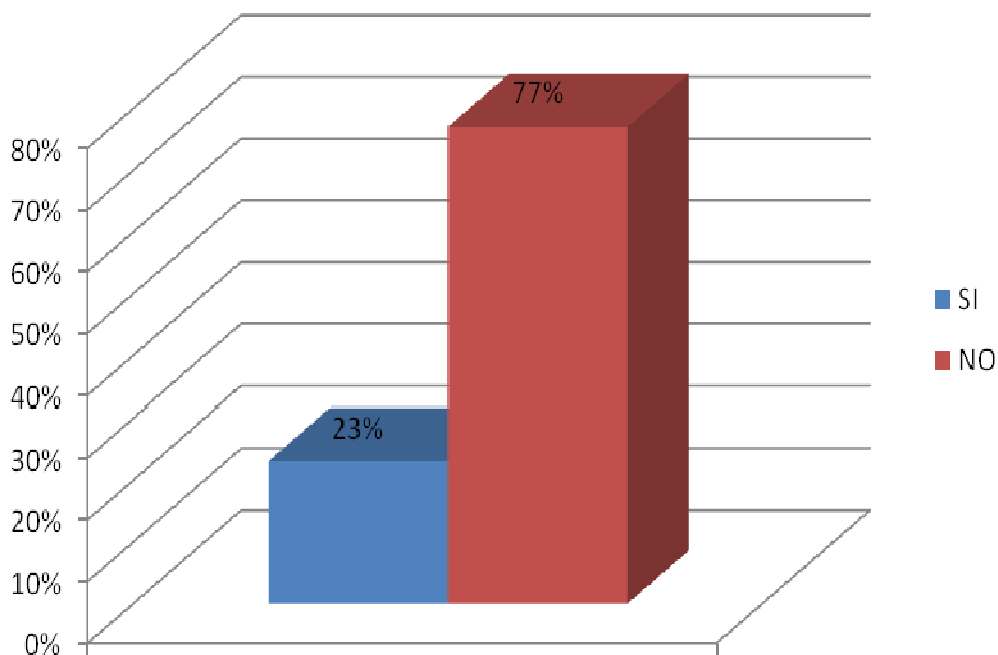
En el último año ha buscado atención médica por fuera de su EPS?

Cuadro 28. Atención médica particular

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	88	23%
NO	295	77%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 28 Atención médica particular



Fuente: esta investigación

El 23 % de las personas encuestadas manifiestan que han preferido ir directamente a una Droguería o automedicarse porque en la EPS pierden mucho tiempo y los medicamentos no son muy buenos. El 77% de las personas encuestadas no han acudido a médicos particulares porque no tienen los recursos económicos necesarios para sufragar los gastos que eso implica, razón por la cual han tenido que asistir a la EPS donde están afiliados.

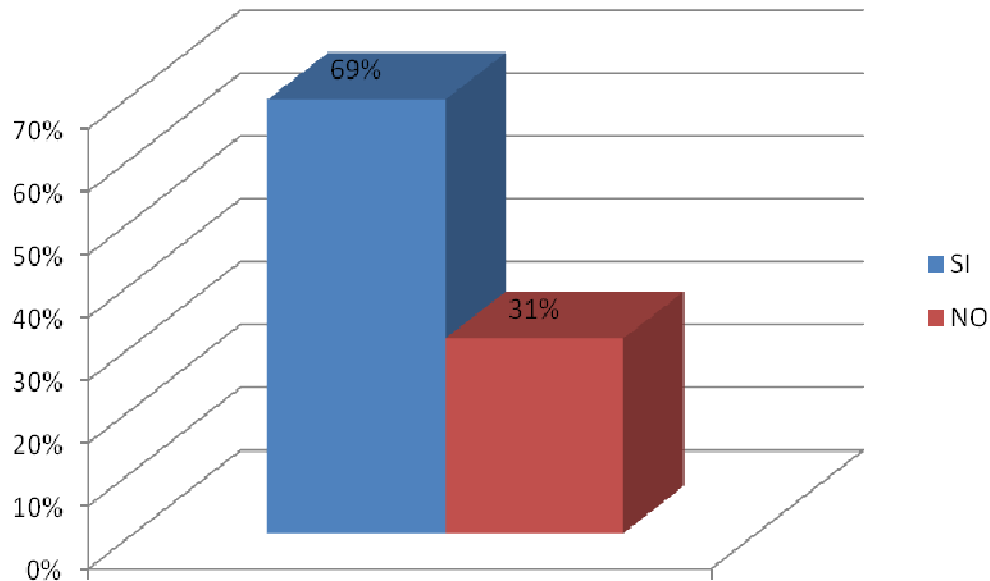
En el último año ha tenido que acudir a algún procedimiento administrativo para tener acceso a la prestación de servicios de salud por parte de su EPS?

Cuadro 29. Uso de procedimientos administrativos para tener acceso al servicio de salud

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	264	69%
NO	119	31%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 28. Uso de procedimientos administrativos para tener acceso al servicio de salud



Fuente: esta investigación

Es claro que dentro de éste último año fueron muchas las personas que tuvieron que presentar solicitudes o hacer gestiones administrativas con el fin de tener acceso al servicio de salud en su EPS. Solo el 31% ha recibido la atención en salud requerida sin ningún tipo de complicaciones que impidan una adecuada prestación del servicio, en cambio el 69% de las encuestadas si ha tenido que acudir a procedimientos administrativos para obtener la prestación del servicio.

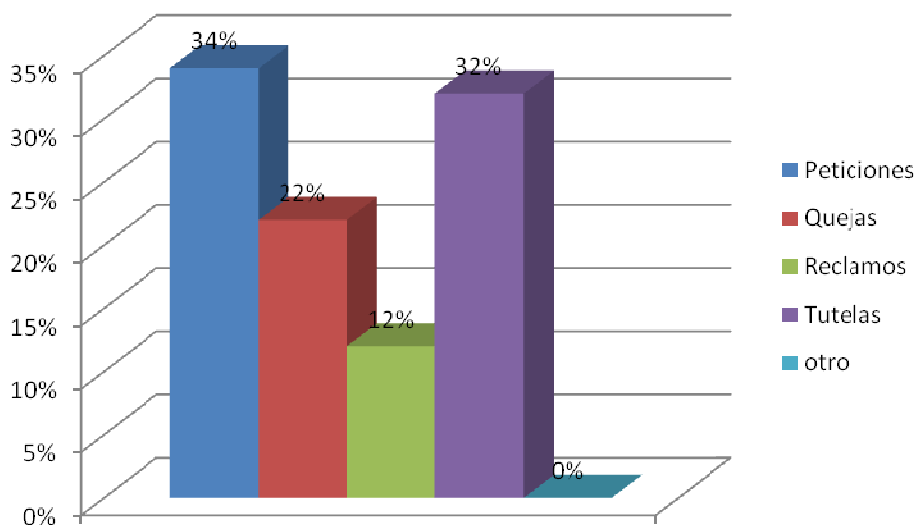
En caso afirmativo a cual procedimiento ha acudido?

Cuadro 30. Clase de procedimiento administrativo utilizado

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Peticiones	90	34%
Quejas	58	22%
Reclamos	32	12%
Tutelas	84	32%
otro	0	0%
TOTAL	264	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 29. Clase de procedimiento administrativo utilizado



Fuente: esta investigación

De las personas encuestadas el 69% manifestaron que tuvieron que acudir a procedimientos administrativos para acceder al servicio de salud. De ellas el 34%

presentó peticiones con el fin de que les agilice la atención y se le autoricen las órdenes médicas. Las Tutelas que presentaron un 32% de esas personas se refirieron a la negativa por parte de la EPS para aprobar los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos para rehabilitación. El 22% de las personas que presentaron Quejas, lo hicieron porque no se les suministró los medicamentos requeridos y porque tuvieron que esperar mucho tiempo para la asignación de citas. Los reclamos igualmente se refieren a que tienen que hacer muchos trámites para la asignación de citas lo que implica desplazarse varias veces hasta la EPS.

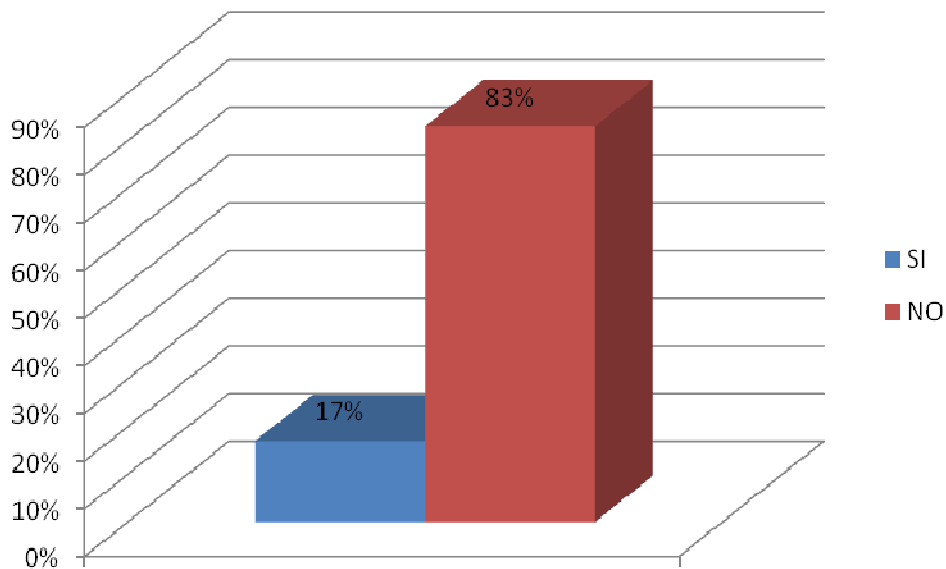
Ha recibido la carta de derechos del paciente por parte de su EPS?

Cuadro 31. Carta de derechos del paciente recibidas

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
SI	65	17%
NO	318	83%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 30. Carta de derechos del paciente recibidas



Fuente: esta investigación

El resultado de la encuesta demuestra que las EPS del régimen subsidiado no han dado a conocer la carta de derechos del paciente a sus afiliados, tan solo al 17% de las personas encuestadas se les ha entregado este documento, mientras que el 83 % no la ha recibido.

Qué problemática considera que se debería solucionar al interior de las EPS?

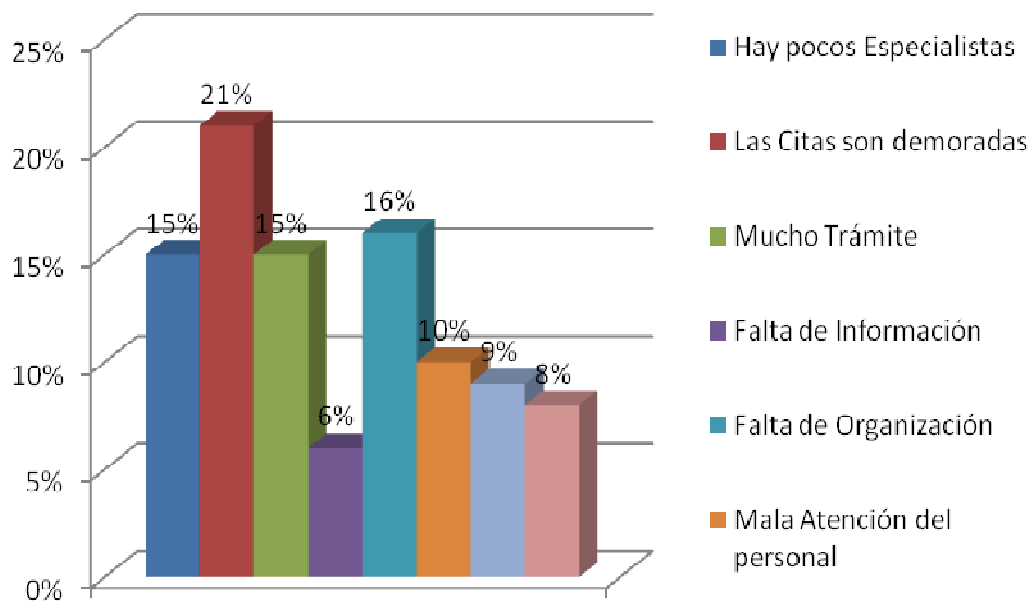
Cuadro 32. Problemática

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Hay pocos Especialistas	58	15%
Las Citas son demoradas	80	21%

Mucho Trámite	58	15%
Falta de Información	23	6%
Falta de Organización	61	16%
Mala Atención del personal	38	10%
Mas Variedad en Medicamentos	35	9%
Ninguna	30	8%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 31. Problemática



Fuente: esta investigación

El problema que más se presenta al interior de las EPS, tal como lo manifiestan el 21% de las personas encuestadas del régimen subsidiado es que existe poca agilidad en la asignación de citas.

Así mismo las personas encuestadas afirman en un porcentaje del 15% que existen muy pocos especialistas, porque la EPS se niega a dar las citas y que para ello se requiere hacer muchas vueltas y sacar varios papeles. El 16% de los encuestados afirman que todo ello se debe a una falta de organización administrativa.

En porcentajes inferiores a los mencionados tenemos personas que manifiestan como problemas la mala atención por parte de las personas encargadas de la atención al público y la falta de información. El 8% de ellas considera que no existen problemas.

Qué sugerencia haría para lograr una mejor prestación de servicios de salud por parte de su EPS?

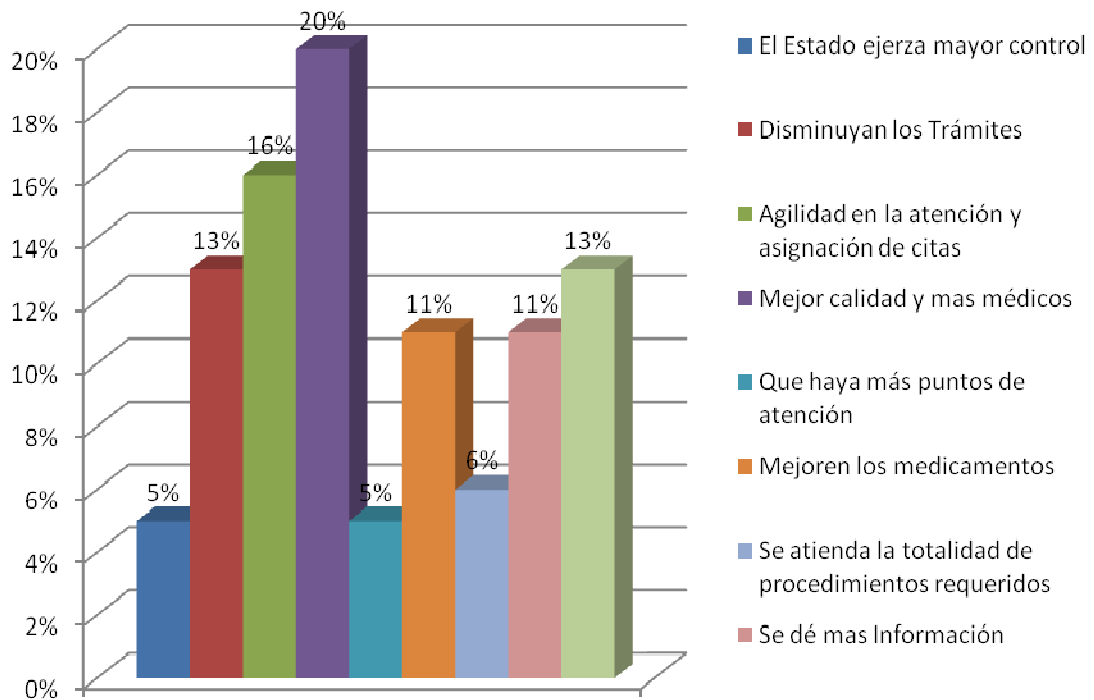
Cuadro 33. Sugerencias

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
El Estado ejerza mayor control	19	5%
Disminuyan los Trámites	50	13%
Agilidad en la atención y asignación de citas	61	16%
Mejor calidad y mas médicos	77	20%

Que haya más puntos de atención	19	5%
Mejoren los medicamentos	42	11%
Se atienda la totalidad de procedimientos requeridos	23	6%
Se dé más Información	42	11%
Ninguna	50	13%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 32 Sugerencias



Fuente: esta investigación

El 20% de las personas encuestadas manifiesta que se debería contratar a más personal médico que se encuentren más capacitados para prestar el servicio de salud adecuado. El 16% sugiere que las EPS se deben preocupar por dar mayor agilidad a la atención y no demorar la asignación de citas.

Casi en igual porcentaje las personas manifiestan que deben disminuirse los trámites requeridos para las autorizaciones y asignaciones de citas, así mismo procurar que exista una variedad en los medicamentos suministrados que sean de mejor calidad y que se dé una mayor información por parte de las personas encargadas dentro de la EPS. Un número inferior de las personas encuestadas sugiere como alternativas de solución que exista un mayor control del Estado sobre las EPS, que exista un mayor número de centros de atención y que la EPS cubra la atención de todos los procedimientos y tratamientos ordenados por el médico tratante.

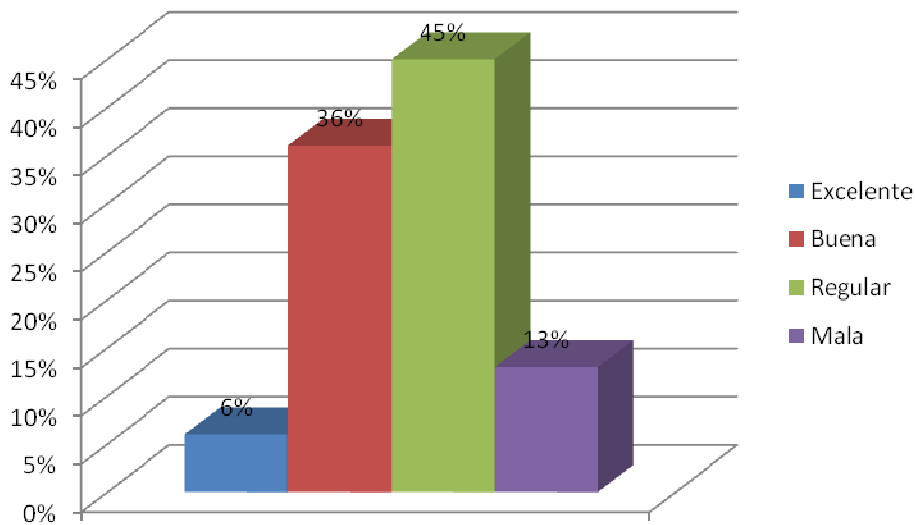
Cómo califica su grado de satisfacción general sobre el servicio de salud ofrecido por su EPS?

Cuadro 34. Calificación general del servicio de salud

ALTERNATIVAS DE RESPUESTA	NUMERO DE ENCUESTAS	PORCENTAJE
Excelente	23	6%
Buena	138	36%
Regular	172	45%
Mala	50	13%
TOTAL	383	100%

Fuente: esta investigación

Gráfica 33. Calificación General del servicio de Salud



Fuente: esta investigación

De manera general, la tabulación de la encuesta realizada a personas del régimen subsidiado arroja como resultado un grado de satisfacción regular sobre el servicio de salud ofrecido por la EPS en un porcentaje del 45%, el cual no difiere en mucho con aquellas personas que manifestaron en un 36% que el servicio de salud es bueno. El 13% de las personas encuestadas manifiestan que el servicio de salud en el régimen subsidiado es malo y tan solo el 6% de ellas considera que el servicio de salud en su EPS fue excelente.

Como resultado general obtenido en la tabulación de las encuestas dirigidas a la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud del sector urbano de la ciudad de Pasto, y haciendo un análisis comparativo entre el Régimen Contributivo y Subsidiado podemos destacar como los aspectos comunes evidenciados, que la población encuestada en mayor porcentaje se trata de personas de más de 42 años de edad representada en el 46% para el régimen contributivo y el 31% en el régimen subsidiado, quienes se encuentran afiliados al sistema de salud como cotizantes en un porcentaje superior al 70% de personas encuestadas para cada

régimen, adicionalmente a ello los encuestados en su mayoría manifiestan que tanto en el régimen contributivo como subsidiado las Empresas Promotoras de Salud no han cumplido con su obligación de entregar a sus afiliados la Carta de Derechos del Paciente pues de los resultados de la encuesta tenemos un porcentaje del 75% para las personas encuestadas en el régimen contributivo y del 83% en el régimen subsidiado que contestaron de esta manera.

Es importante destacar que se evidencia un cierto descontento tanto en el régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado, en cuanto a la atención del servicio de salud y el suministro de medicamentos durante éste último año, en el sentido de que las personas encuestadas del régimen contributivo en un porcentaje significativamente alto 88% manifiesta que no se le ha negado la prestación del servicio y el suministro de medicamentos ordenados por el médico tratante, tan solo el 12 % de las personas encuestadas afirman que se les negó la prestación del servicio de salud y no se les entregó los medicamentos formulados y en el régimen subsidiado en este último año al 34% se le negó el servicio y al 22% no se le entregaron los medicamentos requeridos.

Con la aplicación de esta encuesta encontramos que los resultados en su mayoría difieren para el Régimen Contributivo y Subsidiado; en primera instancia se trata de personas que no pertenecen al mismo estrato socio económico, las personas encuestadas del régimen contributivo son en su mayoría del estrato 3 con el 48% y en el estrato 2 con el 29% y en el régimen subsidiado en casi iguales rangos porcentuales están en el estrato 1 y 2 con el 48% y 50% respectivamente. En segundo lugar son atendidas en diferentes Empresas Prestadoras del Servicio de Salud, en el régimen contributivo encontramos afiliados como datos mas relevantes a SALUDCOOP en un 42%, PROINSALUD en un 23% y COOMEVA en un 17%; en el régimen subsidiado las personas encuestadas se encuentran afiliadas en mayor numero a CONDOR en un 42%, EMSANAR en un 39% y MALLAMAS en un 9%.

El aspecto reseñado en el anterior punto influye ostensiblemente en la calidad de la atención en el servicio de salud prestado por parte de las EPS encargadas de suministrarlo para cada régimen ya que como pudimos ver con el resultado de esta encuesta la calificación que se da de la prestación del servicio en el régimen contributivo con respecto al último año es mejor que la calificación efectuada en el régimen subsidiado, esto se refleja en que el 14% de las personas encuestadas en el régimen subsidiado lo califica como malo mientras en el contributivo tan solo el 5% de las personas encuestadas lo califica como malo, adicionalmente en el régimen subsidiado el 56% manifiesta que el servicio prestado en este último año fue regular y el 30% que fue bueno, y en el régimen contributivo el 48% lo califica como regular y el 47% bueno. Ante esta circunstancia existe una deficiencia en la prestación del servicio de salud por parte de las EPS de ambos regímenes ya que el mayor porcentaje de personas encuestadas lo califica como regular.

Lo anterior se presenta debido a que existen problemas en la prestación del servicio de salud que no han sido solucionados, las personas encuestadas tanto del régimen contributivo como subsidiado coinciden en manifestar que uno de los problemas que con mayor frecuencia se presenta es el retardo en la asignación de citas en un 32% en el régimen contributivo y 21% en el régimen subsidiado, igualmente coinciden en afirmar que existe una falta de organización administrativa en un mínimo porcentaje. De todas maneras los problemas que se presentan al interior de las Empresas Prestadora de Salud son en su mayoría diferentes, si bien en el régimen subsidiado existen dificultades por falta de información a sus afiliados por parte del personal encargado, esta circunstancia no se presenta en el régimen contributivo, de igual manera las personas afiliadas al régimen subsidiado se quejan porque tienen que hacer muchos trámites para obtener las citas, retirar los medicamentos, obtener las autorizaciones para los exámenes lo que implica tener que dirigirse en varias ocasiones a la EPS o IPS con el fin de ser atendidos, este hecho no se presenta en el régimen contributivo

pero si existe en este último una demora en la atención y una falta de variedad y calidad en los medicamentos suministrados.

En cada uno de los regímenes las personas encuestadas coinciden en sugerir como una opción para mejorar la prestación del servicio de salud por parte de las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud, que se contrate más personal médico especializado, y que estén mejor capacitados. Las demás sugerencias apuntan a agilizar los trámites en el régimen subsidiado y buscar una mayor información. En el régimen contributivo las sugerencias van dirigidas a buscar el mejoramiento en la calidad del personal médico por tanto las personas encuestadas afirman que se debe capacitar a todas las personas encargadas de prestar el servicio de salud al interior de cada EPS.

Debido a estos problemas que se presentan al interior de las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud, los afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud tanto del régimen contributivo como subsidiado han tenido que acudir a médicos particulares o buscar la atención médica por fuera de la EPS a la que se encuentra afiliado, los porcentajes difieren; en el régimen contributivo el 54% de las personas encuestadas procedieron de esta manera y en el régimen subsidiado el 23%. Esta diferencia en los resultados se debe a que en el régimen contributivo existe una mayor capacidad de pago para cubrir los gastos que acarrea una atención particular en salud, los cuales son muy altos. Las personas afiliadas al régimen subsidiado que manifestaron no haber acudido a la atención particular en un 77% afirman que esa negativa se debe a la falta de recursos económicos lo que los obliga a conformarse con el servicio de salud que reciben por parte de la EPS a la que se encuentran afiliados y aun más prefieren no acudir a la EPS sino simplemente automedicarse dirigiéndose a una Droguería de confianza.

Como dato predominante tenemos que en el Régimen contributivo tan solo el 16% de las personas encuestadas ha tenido que utilizar algún procedimiento

administrativo con el fin de obtener la prestación del servicio de salud al interior de la EPS a la cual se encuentra afiliado en el transcurso del último año, dentro de los cuales en mayor número han presentado peticiones en un 44%, el 19% de ellas presentó tutelas. En el régimen subsidiado el 69% de las personas encuestadas manifiestan que han tenido que utilizar estos procedimientos porque se les negó la prestación del servicio de salud de los cuales el 34% presentó peticiones y el 32% tutelas. Es importante recalcar la gran diferencia en los porcentajes de las personas que tuvieron que utilizar estos mecanismos, concluyendo que los afiliados al régimen subsidiado han sido quienes más han tenido que buscar a través del manejo administrativo o judicial la atención en salud, además se encuentra una diferencia significativa en el número de tutelas presentadas en este último año en cada uno de los regímenes, presentándose un mayor porcentaje en el régimen subsidiado.

De manera general la calificación del nivel de satisfacción del servicio de salud prestado por las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud del régimen contributivo y subsidiado no es el mismo, en el sentido que el 13% de las personas encuestadas en el régimen subsidiado califican su grado de satisfacción como malo, y en el régimen contributivo tan solo el 4%. El mayor número de personas encuestadas del régimen contributivo, califica el grado de satisfacción del servicio prestado por la EPS a la cual se encuentra afiliado como bueno en un 59% y regular en un 31%; situación que no se refleja en el régimen subsidiado en donde el mayor número de personas encuestadas califica el grado de satisfacción general del servicio prestado por la EPS a la que se encuentra afiliado como regular en un 45% y bueno en un 36%. A pesar de estos resultados existen personas que consideran que el servicio de salud que han recibido por parte de su EPS es excelente, con un porcentaje del 6%, que de manera equitativa se refleja en cada uno de los regímenes.

CONCLUSIONES

Las funciones otorgadas por todas las normas que regulan y regularon los Comités técnico científicos, siempre han estado encaminadas a la protección de los derechos de los ciudadanos cuando éstos requieran de la prestación de servicios de salud, sin que se vean en la obligación de acudir a mecanismos que garanticen efectiva y adecuadamente el servicio, y que de alguna retarden su atención cuando ésta sea prioritaria y se encuentre en riesgo la vida, la dignidad y la integridad del paciente.

La finalidad de la Honorable Corte Constitucional con la promulgación de la Sentencia T760 de 2008, es la de resolver las dificultades que tienen los ciudadanos quienes tengan como única alternativa interponer la Acción de tutela para que su acceso al servicio de salud sea efectivo. Es así que a partir de su promulgación la Corte se encargará de hacer seguimiento a las Entidades Prestadoras de Salud que vulneren los derechos a lo que tienen sus afiliados y estos sean vulnerados.

Las Entidades Prestadoras de Salud a pesar de la Orden interpuesta por la Corte Constitucional, han hecho caso omiso a su cumplimiento, pero hasta la fecha no se ha sancionado a ninguna por los hechos.

Siempre quedarán interrogantes, respecto de nuestros derechos como usuarios en el sistema de salud, si las entidades encargadas para su protección son las primeras quienes los ponen en riesgo. Entonces no hay quien vele por ellos, sino nosotros mismos.

Las órdenes impartidas por la Corte Constitucional contribuyeron en gran medida a la disminución en el número de Tutelas en el Municipio de Pasto.

Los órganos encargados de regular el sistema de salud han logrado en buena parte, corregir las fallas en la regulación, así como superar los obstáculos que resultan de la aplicación de la regulación existente que afectan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios.

Se disminuirá la desprotección en que se encuentran determinados grupos sociales y la arbitrariedad a la que en ocasiones se ven sometidos en los trámites administrativos para reclamar sus derechos.

Desaparece la figura de la Tutela como el único medio expedito para obtener la protección de los derechos fundamentales y en el caso de la protección del derecho a la salud, para lograr la prestación del servicio, procedimiento, intervención o medicamento.

Se logrará la protección de todos los ciudadanos en sus derechos y se recuperará la confianza que éstos pueden tener en sus instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

Congreso de la república. Ley 1438 de 2001.

Corte Constitucional. Resolución 3173 de 28 de agosto de 2009.

Corte Constitucional. Sentencia C-252 de 16 de abril de 2010.

Corte Constitucional. Sentencia C-253 de 16 de 2010.

Corte Constitucional. Sentencia C-288 de 21 de abril de 2010.

Corte Constitucional. Sentencia C-760 del 31 de julio de 2008.

Corte Constitucional. Sentencia C-760 del 31 de julio de 2008.

Defensoría del Pueblo. Informe de la Sentencia T-760 de 2008 presentado a la Honorable Corte Constitucional.

Defensoría del Pueblo. Informe de la Sentencia T-760 de 2008 presentado a la Honorable Corte Constitucional.

Ministerio de la Protección Social. Decreto Legislativo 128 de 21 de enero de 2010.

Ministerio de la Protección Social. Decreto Legislativo 4975 de 23 de diciembre de 2009.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 2366 del 26 de julio de 2005.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 2948 del 3 de octubre de 2003.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 3797 del 11 de noviembre de 2004.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 548 del 12 de febrero de 2010.

Ministerio de Salud. Resolución 5061 del 23 de diciembre de 1997

NETGRAFÍA

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Consultado en octubre de 2010. Texto disponible en:

http://www.defensoria.org.co/red/?_item=11040202&_secc=11&ts=2&hs=1104

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Consultado en enero – septiembre de 2010. Texto disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.

ANEXOS

**FORMATO DE ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN AFILIADA AL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL SECTOR URBANO DE LA
CIUDAD DE PASTO**

Objetivo: Recopilar información referente al sistema de seguridad social en salud de los afiliados del sector urbano de la ciudad de Pasto, con el fin de identificar los niveles de satisfacción respecto de los servicios de salud demandados.
Advertencia: Diligencie la siguiente encuesta según su sana opinión, los datos en ella consignados serán manejados con absoluta reserva y serán utilizados únicamente con fines de investigación académica.

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Lugar de residencia: _____ Estrato: _____

2. Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino

3. Edad:

- a. Entre 18 y 22 años
- b. Entre 23 y 27 años
- c. Entre 28 y 32 años
- d. Entre 33 y 37 años
- e. Entre 38 y 42 años
- f. De 42 en adelante

B. INFORMACIÓN TÉCNICA

1. Cuál es el régimen de salud al que se encuentra afiliado?

- a. Contributivo
 - b. Subsidiado
2. Qué clase de afiliado es?
- a. Cotizante
 - b. Beneficiario
- 3.Cuál es la EPS a la que se encuentra afiliado?
- a. SALUDCOOP
 - b. NUEVA EPS
 - c. COOMEVA
 - d. SALUD VIDA
 - e. SANITAS
 - f. S.O.S.
 - g. PROINSALUD
 - h. EMSSANAR
 - i. CÓNDROR
 - j. CAPRECOM
 - k. COMFAMILIAR
 - l. MALLAMAS
 - m. Otra Cual? _____
4. Cuánto tiempo lleva afiliado a su EPS?
- a. Menos de 1 año
 - b. Entre 2 a 5 años
 - c. Entre 6 a 9 años
 - d. Más de 10 años
5. Cómo calificaría los servicios prestados por su EPS?

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo

6. En el último año se le ha negado la prestación servicios de salud en cuanto a procedimientos y/ tratamientos formulados por su médico?

- a. SI
- b. NO

7. En el último año se le ha negado el suministro de medicamentos formulados por su médico?

- a. SI
- b. NO

8. En el último año ha buscado atención médica por fuera de su EPS?

- a. SI
- b. NO
- c. Porque? _____

9. En el último año ha tenido que acudir a algún procedimiento administrativo para tener acceso a la prestación de servicios de salud por parte de su EPS?

- a. SI
- b. NO

10. En caso afirmativo a cual procedimiento ha acudido

- a. Peticiones
- b. Quejas
- c. Reclamos
- d. Tutelas
- e. Otro Cual? _____

Motivo:

11. Ha recibido la carta de derechos del paciente por parte de su EPS?

- a. SI
- b. NO

12. Que problemática considera que se debería solucionar al interior de las EPS?

13. Que sugerencia haría para lograr una mejor prestación de servicios de salud por parte de su EPS?

14. Como califica su grado de satisfacción general sobre el servicio de salud ofrecido por su EPS.

Excelente

Buena

Regular

Mala

COMENTARIOS:

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ENCUESTADOR:

FECHA:

HORA:

