

**La eficacia del derecho de petición para garantizar
El derecho a la salud en Colombia
Periodo de 2012 – 2017**

Claudia Patricia Amézquita
Angelita Mosquera Barraza
Ruth Myriam Romero



UNIVERSIDAD
La Gran Colombia
Fundada en 1951

Universidad la Gran Colombia
Facultad de Posgrados
Maestría en Derecho Administrativo
con énfasis en Ciencias Políticas
Bogotá, D.C., 2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

Observaciones

Firma del Director del trabajo de grado

Firma del presidente jurado

Firma del Jurado

Firma del jurado

Bogotá, agosto de 2019

Dedicatoria

Este trabajo de investigación se dedica, en primer lugar, a Dios, porque nos guía cada día, a nuestros padres, esposos y familias porque con su apoyo y soporte hacen que cada vez más logremos nuestros propósitos en la vida, y a nuestros profesores que nos guiaron en el proceso para lograr culminar con éxito este proyecto.

Tabla De Contenidos

Introducción	14
Capítulo 1.....	16
Aspectos Generales	16
1.1 Justificación	16
1.2 Planteamiento del problema	18
1.3 Delimitación del problema de investigación	19
1.4 Objetivos	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos	22
1.5 Hipótesis	22
1.6 Impacto social	23
1.7 Aspectos básicos del derecho de petición.....	24
1.8 Falta de estructura del derecho de petición.....	27
1.9 Metodología	29
Capítulo 2.....	33
El Derecho de Petición en Colombia	33
2.1 Evolución histórica.....	33
2.2 Antecedentes en Colombia	39
2.3 Constitución política de 1991	43
2.4 Corte Constitucional.....	45
2.5 Ley 1437 de 2011, Código Contencioso Administrativo	48
2.6 Ley 1755 de 2015	52
2.7 Realidad social del problema.....	54
Capítulo 3.....	57
Derecho a la Salud en Colombia	57
3.1. Marco normativo sobre la Salud en Colombia	61
3.2 Entidades y órganos del SGSSS.....	63
3.3 Sostenibilidad del sistema de salud actual	66

Capítulo 4.....	71
Derecho de petición para garantizar el derecho a la salud.....	71
4.1 El derecho de petición: mecanismo para acceder a servicios de salud.....	71
4.2 Reclamaciones de los pacientes sobre servicios de salud.	77
4.3 Derecho comparado entre Colombia, México y España	83
Capítulo 5.....	85
Resultados y Discusión	85
5.1 Conductas vulneradas que se evidencian mediante derechos de petición	86
5.2. Derecho de petición para acceder a procedimientos en salud	93
5.3 Derechos de petición por motivos específicos relacionados con medicina especializada	119
5.4. Derecho de petición para la atención de enfermedades raras o huérfanas	131
5.5 Síntesis de los datos e información obtenida	140
Capítulo 6.....	145
Conclusiones	145
6.1 Conclusiones generales.....	145
6.2 Intervención	149
Referencias	151
Apéndice	160

Lista de tablas

Tabla 1.	47
<i>Sentencias adicionales de la corte constitucional sobre derecho de petición</i>	47
Tabla 2.	76
<i>Sentencias adicionales de la corte constitucional sobre derecho de petición en materia de salud</i>	76
Tabla 3.	81
<i>Solicitudes tutelables más frecuentes en salud 2014 – 2016</i>	81
Tabla 4.	88
<i>Peticiones por derecho a la salud</i>	88
Tabla 5.	88
<i>Conductas presuntamente vulneradas al derecho a la salud</i>	88
Tabla 6.	91
<i>Conductas presuntamente vulneradas del derecho a la salud relacionadas con la vida de los pacientes</i> .	91
Tabla 7.	93
<i>Motivos específicos relacionados con procedimientos</i>	93
Tabla 8.	105
<i>Motivos específicos relacionados con medicamentos</i>	105
Tabla 9.	120
<i>Motivos específicos relacionados con medicina especializada</i>	120

Lista de Gráficas y figura

Figura 1.	80
<i>Carrusel de la Salud</i>	80
Gráfico 1.	94
<i>Demora de la autorización de procedimientos POS</i>	94
Gráfico 2.	95
<i>Falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos POS</i>	95
Gráfico 3.	96
<i>Demora de la autorización de procedimientos No - POS</i>	96
Gráfico 4.	97
<i>Demora en el reconocimiento de reembolsos (procedimientos u hospitalización)</i>	97
Gráfico 5.	98
<i>Negación de la autorización de procedimientos POS</i>	98
Gráfico 6.	99
<i>Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No - POS</i>	99
Gráfico 7.	100
<i>Negación de la autorización de procedimientos No - POS</i>	100
Gráfico 8.	101
<i>Negación para la programación y/o realización de procedimientos quirúrgicos</i>	101
Gráfico 9.	102
<i>Negación en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No – POS</i>	102
Gráfico 10.	103
<i>Falta de contratación para la prestación de procedimientos y/o servicios de alto costo</i>	103
Gráfico 11.	107
<i>Falta de oportunidades en la entrega de medicamentos No - POS</i>	107
Gráfico 12.	108
<i>Falta de oportunidades en la entrega de medicamentos POS</i>	108
Gráfico 13.	109
<i>Demora de la autorización de medicamentos No - POS</i>	109
Gráfico 14.	110

<i>Negación para la entrega de medicamentos No - POS.....</i>	<i>110</i>
Gráfico 15.	111
<i>Negación para la entrega de medicamentos POS.....</i>	<i>111</i>
Gráfico 16.	112
<i>Demora de la autorización de medicamentos POS.....</i>	<i>112</i>
Gráfico 17.	113
<i>Negación de la autorización de medicamentos No - POS</i>	<i>113</i>
Gráfico 18.	114
<i>Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico (CTC) actualmente aplicativo en línea mi prescripción (MIPRES) para medicamentos No – POS</i>	<i>114</i>
Gráfico 19.	115
<i>Falta de oportunidad por fraccionamiento o entrega incompleta de los medicamentos.....</i>	<i>115</i>
Gráfico 20.	116
<i>Negación de la autorización de medicamentos POS</i>	<i>116</i>
Gráfico 21.	117
<i>Negación en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No – POS para enfermedades raras.....</i>	<i>117</i>
Gráfico 22.	118
<i>Demora en el reconocimiento de reembolsos de medicamentos</i>	<i>118</i>
Gráfico 23.	123
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas</i>	<i>123</i>
Gráfico 24.	124
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de medicina interna</i>	<i>124</i>
Gráfico 25.	125
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de pediatría</i>	<i>125</i>
Gráfico 26.	126
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de ginecología.....</i>	<i>126</i>
Gráfico 27.	127
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de cardiología</i>	<i>127</i>
Gráfico 28.	128
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada gastroenterología....</i>	<i>128</i>

Gráfico 29.	130
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de obstetricia</i>	130
Gráfico 30.	132
<i>Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No - POS de enfermedades raras o huérfanas</i>	132
Gráfico 31.	133
<i>Negación de la autorización de procedimientos No - POS para enfermedades raras o huérfanas</i>	133
Gráfico 32.	134
<i>Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas</i>	134
Gráfico 33.	135
<i>Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No - POS de enfermedades raras o huérfanas</i>	135
Gráfico 34.	136
<i>Demora de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas</i>	136
Gráfico 35.	137
<i>Negación para la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas</i>	137
Gráfico 36.	138
<i>Negación de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas</i>	138
Gráfico 37.	139
<i>Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada para enfermedades raras o huérfanas</i>	139

Resumen

La presente investigación, “La eficacia del derecho de petición para garantizar el derecho a la Salud en Colombia”, enmarca la preocupación constante no solo como profesionales del derecho sino como ciudadanos, que vivimos día a día los problemas del sistema de salud. También, establece las razones del por qué el derecho de petición se ha convertido en un instrumento fundamental en el acceso a los servicios de salud no solo esenciales sino también especializados en los que se incluye la medicina especializada. Adicionalmente, es vital para lograr el acceso a los medicamentos no solo del Plan Obligatorio de Salud (POS) sino también que se requieren en procedimientos especializados de enfermedades crónicas, y muchas veces raras o huérfanas.

Muchos casos se presentan en los cuales se les niegan las medicinas, los procedimientos y los servicios a los pacientes y usuarios que, aunque estén protegidos por la Constitución y la ley colombiana, se requiere de una herramienta como el derecho de petición para hacer valer los fundamentos legales y poder hacer que se les garantice las soluciones a las necesidades en un derecho primordial como la salud.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el actual sistema de salud colombiano se encuentra sumido en una crisis no solo por la corrupción, sino por la mercantilización de un derecho primordial. Por lo que los aspectos legales han sido cada vez más cuestionados, porque no brindan las garantías necesarias ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), así como también establece mecanismos para tratar de eludir las responsabilidades y los compromisos establecidos no solo con los pacientes y usuarios sino con la sociedad colombiana.

El presente trabajo contribuye de manera específica a dar un panorama de cómo el derecho de petición se ha convertido en una herramienta fundamental para acceder a los servicios del sistema de salud, no solo por la reglamentación establecida en la ley colombiana sino por las necesidades de los pacientes y de los usuarios.

Palabras claves: Derecho fundamental, derecho de petición, derecho a la salud, eficacia del derecho de petición, garantía del derecho a la salud.

ABSTRACT

The present investigation, "The effectiveness of the right of petition to guarantee the right to the right in Colombia", frames the constant concern not only as legal professionals but also as citizens, who live day to day the problems of the health system. It also establishes the reasons why the right to petition has become a fundamental instrument in accessing not only essential but also specialized health services in which specialized medicine is included. Additionally, it is vital to achieve access to medicines not only from the POS but also that are required in specialized chronic disease procedures and often rare or orphan.

Many cases presented in which medicines, procedures and services are denied to patients and users who, although protected by the Constitution and Colombian law, require a tool such as the right of petition to enforce the legal foundations and to be able to ensure that the solutions to the needs are guaranteed in a fundamental right such as health.

On the other hand, we must bear in mind that the current Colombian health system is mired in a crisis not only because of corruption, but also because of the commodification of a fundamental right. So the legal aspects have increasingly been questioned, because they do not provide the necessary guarantees to the Healthcare Providers (EPS), as well as establishing mechanisms to try to avoid responsibilities and commitments established not only with patients and users but also with Colombian society.

The present work contributes in a specific way to give an overview of how the right of petition has become a fundamental tool to access the services of the health system, to access the basic services established, not only by Colombian law but also by the needs of patients and users.

Key words: Fundamental Right, Petition Right, Health Right, Efficiency of Petition Right, Warranty of Health Right.

Introducción

El presente trabajo surge de la inquietud de las investigadoras sobre la eficacia del derecho de petición en el sistema de salud colombiano, de la necesidad de brindar herramientas tanto históricas como contextuales al respecto.

De igual manera es interesante el recorrido por la historia y la evolución de esta herramienta en la garantía de los derechos en Colombia, desafortunadamente, la desnaturalización de éste ha sido tal que, en el caso del sistema de salud, los pacientes y usuarios hacen uso de este derecho para hacer valer lo establecido en la legislación ante las Empresas Promotoras de Salud – EPS.

El derecho de petición, ha llegado a tal punto que se ha desnaturalizado, ya sea porque muchas veces para acceder a los derechos que se han adquirido no solo por la naturaleza sino constitucionalmente, es necesario hacer uso de este recurso para que se le garanticen las necesidades básicas insatisfechas como en el caso del sistema de salud, poder acceder no solo a los servicios, sino también a medicamentos y procedimientos importantes para garantizar la calidad de vida de los usuarios y pacientes.

El análisis llevado a cabo en este trabajo, brinda elementos importantes, sobre la necesidad de reformular no solo la validez constitucional y legal sobre el derecho de petición sino también sobre las falencias del sistema de salud, que cada vez más requiere advertir a las EPS, sobre la importancia de brindar un buen servicio y buenos mecanismos de protección al paciente y al usuario.

El desarrollo del presente, parte de la caracterización del problema, la conceptualización y los aspectos legales del derecho de petición en Colombia, los fundamentos históricos de este importante recurso legal, el diseño metodológico, los resultados especialmente definidos a partir

de cuatro puntos: procedimientos médicos, procesos con medicina, acceso a medicina especializada, la última parte se encarga de hacer algunos apuntes respecto al tratamiento de enfermedades raras o huérfanas en el país con base en información obtenida a través de la Superintendencia Nacional de Salud.

Capítulo 1

Aspectos Generales

Este capítulo está enfocado en la definición de los parámetros del propósito de investigación, los cuales se centran en el direccionamiento que tendrá el documento y todos los esbozos para desarrollar en el transcurso del proceso, la caracterización del proyecto permite seguir adecuadamente unos lineamientos en el progreso tanto teórico como propositivo.

1.1 Justificación

El Derecho de Petición, el cual, desde la Constitución Política de Colombia de 1991, establece en el artículo 23 que “toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales”.

Desde este punto, el Derecho de Petición es el mecanismo más directo y oportuno para acceder a los derechos y servicios básicos, para este caso a los de salud que le hayan sido negados al paciente en el tratamiento efectivo de enfermedades y otros servicios.

Según la Ley 1755 de 2015, en el artículo 13, “toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas”, y continúa diciendo que, “por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma”. Desde este punto, el derecho de petición es un instrumento fundamental, para reclamar la garantía del cumplimiento de los derechos fundamentales como el de la salud.

Adicionalmente, en el artículo 32, se menciona que “toda persona podrá ejercer el derecho de petición para garantizar sus derechos fundamentales ante organizaciones privadas con

o sin personería jurídica, tales como sociedades, corporaciones, fundaciones, asociaciones, organizaciones religiosas, cooperativas, instituciones financieras o clubes”. Por lo tanto, el derecho de petición se puede presentar ante todas las personas ya sea de forma individual o de forma jurídica, esto, por lo tanto, garantiza que por ley esta herramienta se convierte en un instrumento fundamental en la solución de problemas respecto al incumplimiento de los parámetros de los derechos fundamentales.

De igual modo, en la misma ley, en el artículo 23, se ratifica el derecho de petición como un “derecho constitucional”, por lo tanto, debe ser de total cumplimiento en los parámetros que se establecen en dicha ley, de acuerdo al tipo de reclamación que se está instaurando.

Ya desde el objeto de estudio de este proyecto, las reclamaciones para garantizar el derecho fundamental a la salud, el derecho de petición ha empezado a tomar fuerza en cuanto a que los servicio médicos, farmacéuticos y de procedimientos hospitalarios, no se están garantizando por parte de las Entidades Promotoras de Salud, entonces los ciudadanos deben recurrir a los aspectos legales como es el derecho de petición para solicitar eficacia y eficiencia cuando hay negación de los aspectos fundamentales en los programas de salud establecidos por la regulación colombiana.

Por otro lado, Penagos (2005, p. 31) menciona que el derecho de petición por sentencia constitucional tiene las siguientes características:

- Es un Derecho Fundamental,
- La efectividad es esencial para el logro de los fines del Estado.
- Se debe dar pronta resolución a las peticiones,
- Es una obligación inexcusable,

- Debe tener pronta respuesta lo que no significa que no solo acceda a la petición si no que se debe responder.

Lamentablemente, en el caso de las reclamaciones de los servicios de salud, muchas veces se demora la respuesta, se colocan trabas, y/o imposiciones para no responder bien, sea de forma oportuna y eficaz el mecanismo mismo o la solicitud para garantizar los servicios en el derecho fundamental de la salud. Todo esto conlleva de manera legal a una desnaturalización desde los aspectos legales del derecho de petición, ya que conlleva un incumplimiento de las regulaciones legales.

1.2 Planteamiento del problema

El derecho de petición se instaura como una obligación de la parte consultada de responder acuciosamente las solicitudes que hagan los ciudadanos, ya sean: peticiones, quejas, manifestaciones, reclamos o consultas dentro de un periodo determinado según el caso determinado por ley. Desde este punto, el derecho de petición se encuentra establecido legalmente como un derecho fundamental garantizado desde la Constitución Política de Colombia de 1991, el cual requiere actuación bajo principios de celeridad y eficacia.

Hoy en día, el derecho de petición es una herramienta muy importante para reclamar los beneficios que le han sido negados al paciente por las EPS y de esta manera poder tener derecho a la prestación de los servicios del Sistema de Salud. En nuestro concepto, no debería ser de este modo, ya que la ciudadanía debería tener acceso a los servicios de salud por tratarse de un derecho fundamental y un servicio que los mimos afiliados al sistema pagan o se encuentran como beneficiarios y protegidos por el Estado. Pero lamentablemente, muchas veces en las Entidades Promotoras de Salud se evidencia que se han implementado estrategias para

obstaculizar la prestación del servicio o el acceso a los procedimientos y servicios de salud por lo cual el usuario se ve conminado a reclamarlo por medio de un derecho de petición o en casos de renuencia a resolver la solicitud, la tutela.

Definitivamente, el derecho de petición se ha convertido en una herramienta vital para garantizar otros derechos como el de la salud y el acceso a sus servicios vitales, pero aun, es necesario muchas veces elevar la petición ante las entidades gubernamentales para que se dé respuesta eficaz y oportuna, y de así dar cumplimiento a los lineamientos legales y que los usuarios tengan acceso a los servicios de manera efectiva.

1.3 Delimitación del problema de investigación

Actualmente, el derecho de petición se ha convertido en una herramienta fundamental, en la reclamación de derechos fundamentales, así como para garantizar la prestación de los servicios médicos, farmacéuticos y de procedimientos hospitalarios, en sí para exigir garantías en el derecho fundamental a la salud.

A partir de lo anterior, el derecho de petición es en el momento un elemento crucial que garantiza a los ciudadanos que sienten vulnerado su derecho a la salud bajo fundamentos de eficacia, eficiencia y efectividad, el cumplimiento de las obligaciones que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen para con sus afiliados y sus familias. Es ante estas entidades que los peticionarios: pacientes y/o familiares presentan las peticiones, quejas y solicitudes respectivas.

Desafortunadamente, muchas veces las organizaciones generalmente no cumplen con los parámetros legales para tales fines, lo que convierte el derecho de petición en un aspecto más de

la tramitología a la cual se está acostumbrada en el país, por lo que desde este punto esta problemática conlleva una desnaturalización del derecho de petición.

Adicionalmente, la desnaturalización del derecho de petición en la reclamación de los servicios que garantizan el derecho fundamental de la salud, están dados por: las trabas, las imposiciones, las demoras y las interposiciones que se le colocan al solicitante para no hacer caso o no cumplir tanto con los parámetros legales del derecho de petición como para no efectuar las solicitudes realizadas.

Es importante tener en cuenta que las enfermedades crónicas son de larga duración, progresión y tratamiento generalmente lento, además son consideradas como la principal causa de muerte e incapacidad de las personas que la padecen, entre las más comunes están las de origen cardiovascular, el cáncer, las de problemas pulmonar obstructivo crónico y la diabetes. Adicionalmente, las enfermedades raras son aquellas que solo la padecen un número muy reducido de personas y son menos frecuentes, generalmente a nivel mundial existe solo un caso por cada 100.000 personas.

Según la Ley 1438 de 2011, las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida con una prevalencia menor de uno por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo que afectan ordinariamente a la población más pobre y que no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.

Adicionalmente, la eficiencia según la Rae es definido como la “capacidad de disponer de algo para conseguir un efecto determinado”. Desde este punto, en el presente trabajo de investigación, la eficiencia del derecho de petición en el sistema de salud está determinado por la

opción de que muchos pacientes y sus familias ven para acceder a los derechos que el sistema debe garantizar. Por lo tanto, este análisis, se enfoca a partir de la eficacia que tiene el derecho de petición en el derecho a la salud en Colombia en el periodo de 2012 a 2017.

Desde lo anterior, el derecho de petición es la herramienta con la que los usuarios cuentan de manera inmediata para solicitar se les garantice el derecho a la salud, por lo tanto la eficiencia está dada por la oportuna respuesta a las peticiones y requerimientos que se hacen ante las Entidades Promotoras de Salud, que muchas veces ponen trabas, imposiciones o demoran la prestación de los servicios necesarios que brindan mejor calidad de vida otorgando citas con fechas muy superiores a los que el paciente puede esperar por su condición médica, no tener en su plan de medicamentos POS los necesarios para atender las necesidades especiales lo que hace más oneroso el gasto por la obtención de tratamientos efectivos.

Por otro lado, la acción jurisdiccional es el derecho de que los juzgados y tribunales ejerzan potestad de juzgar y hacer ejecutar una acción. De otro modo, es un derecho abstracto que se satisface con una resolución judicial que acuerde la admisión a trámite de lo solicitado. Este derecho se establece como una categoría fundamental de los ordenamientos jurídicos, específicamente a partir de la Constitución Colombiana de 1991. También, se establece como el derecho de acceder a una resolución judicial sobre el fondo de un asunto específico; es el derecho a la acción en sentido concreto, se establece mediante una resolución judicial ya sea de carácter favorable o desfavorable.

1.4 Objetivos

Objetivo general

Determinar la eficacia del derecho de petición para solicitar garantías en el derecho fundamental de salud en relación con los servicios médicos, farmacéuticos y medicina especializada.

Objetivos específicos

Describir los aspectos legales sobre el derecho de petición en relación con la prestación de los servicios de salud en Colombia.

Conocer las circunstancias que conducen a que los pacientes reclamen por medio del derecho de petición garantías a los servicios de salud.

Definir las principales problemáticas presentadas en la eficacia del derecho de petición en cumplimiento de las garantías del derecho de salud desde el punto de vista de Luigi Ferrajoli.

Estudiar los problemas que presentan los pacientes de las enfermedades crónicas y huérfanas que requieren tratamiento para mejorar sus condiciones de vida y de salud.

1.5 Hipótesis

Actualmente, el derecho de petición se instituye como un instrumento eficaz para obtener las garantías del derecho fundamental de salud, para proteger de manera inmediata cuando este es vulnerado por parte de las entidades promotoras de salud, ya que lamentablemente estas no están cumpliendo con los aspectos legales necesarios, lo que según el grupo de trabajo desnaturaliza el derecho de petición.

1.6 Impacto social

El impacto social del presente trabajo de investigación, está dado por la necesidad de especificar los aspectos más relevantes que se tienen en cuenta en la eficacia del derecho de petición al realizar el reclamo de los servicios que garantizan el derecho de salud por parte de los usuarios. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que todos los procesos que se establecen en la garantía de los derechos fundamentales del ser humano, son relevantes en el Estado Social de Derecho determinado en la Constitución Política del país.

De igual manera, también es importante, tener en cuenta que en la medida en que se analizan las deficiencias de la presentación ante las autoridades de los derechos de petición como derecho fundamental para reclamar y hacer cumplir la prestación de servicios de salud es evidente que estas peticiones se han convertido en una herramienta fundamental de obligatorio cumplimiento de las entidades y organizaciones tanto públicas como privadas con aras de garantizar los derechos fundamentales establecidos por la legislación colombiana lo que en nuestro concepto desnaturaliza la finalidad del derecho de petición es lograr una comunicación fluida y eficaz entre las autoridades del Estado y los particulares. Se busca con ello que las relaciones entre unos y otros no se limiten al esquema gobernante-gobernado, sino más bien otorgar a los ciudadanos instrumentos que permitan hacer realidad uno de los cometidos fundamentales de un Estado Social de Derecho: que sus autoridades estén al servicio de las personas. No que las personas deban abusar de este derecho fundamental para poder conseguir la prestación del servicio de salud.

Por lo tanto, el impacto del presente análisis, está garantizado en la medida en que, si se estudian las posibles causas, se puede plantear una posible solución que contribuya desde el

derecho administrativo a solucionar los problemas que se presentan en la desnaturalización del derecho de petición.

Además, también es muy interesante conocer diferentes aspectos de cómo los ciudadanos perciben esta desnaturalización, cómo las entidades gubernamentales afrontan esta situación y en el caso de esta investigación, cómo las Entidades Promotoras de Salud enfrentan los inminentes aspectos legales para cumplir con los preceptos constitucionales establecidos en los derechos fundamentales y por ende la prestación de los servicios vitales y la garantía de los mismos.

1.7 Aspectos básicos del derecho de petición

Para empezar, es necesario definir que es petición, el cual está definido en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como “acción de pedir”, también como “escrito en que se hace una petición”, así como de igual manera en derecho se toma como “escrito que se presenta a un juez”. Aunque, realmente, cualquier petición no debe ser solamente escrita, sino también oral, muchas veces y en muchos lugares es necesario dejar soporte de que se realizó una acción de petición y/o solicitud ante las diferentes entidades u organizaciones.

De este modo, petición o solicitud, engloba un aspecto importante ya sea hacer un reclamo, establecer una queja, colocar una demanda, entablar una manifestación, promover una acción o solicitar información; lo cual según Martín y Donoso (2012, p. 9) una petición puede concebirse como una solicitud ya bien sea de forma verbal o escrita que interpone una persona ante una entidad o individuo con el ánimo de requerir intervención o solución en un asunto específico.

Teniendo en cuenta lo anterior, el derecho de petición de acuerdo con Martin y Donoso (2012, p. 9) es una potestad imprescindible de toda persona, cuyo objetivo es solicitar acceso e interacción con las autoridades públicas o particulares, pidiendo intervención o solución en un asunto específico, requiriendo pronta resolución.

Adicionalmente, Martin y Donoso (2012, p. 9) mencionan que el efecto práctico que constituye el núcleo esencial del derecho de petición,

“radica en la correlativa obligación de emitir pronta resolución de la petición, pues se vaciaría el contenido normativo de esta prerrogativa constitucional, si la inquietud del ciudadano quedara sin respuesta alguna, la cual necesariamente debe resolver de fondo y en forma integral lo exorado y no limitarse a respuestas meramente formales”.

Desde este punto, el derecho fundamental, también implica regirse por principios de legalidad y bajo los parámetros establecidos por las leyes para dar pronta solución, lo que a la vez establece principios de eficiencia, eficacia y efectividad, por lo tanto, cuando no se cumplen con los parámetros legales se incurre en una desnaturalización del derecho.

Por otro lado, Ballard y Falla (2012, pp. 40-41) también, mencionan que el derecho de petición es un derecho fundamental de las personas el que no se les imposibilite de solicitar a las autoridades que se pronuncien sobre algo, sin importar que descabellado sea el pedido. Desde este punto, el derecho de petición ha llegado a ser una herramienta fundamental en la garantía de los derechos fundamentales y constitucionales de todo ciudadano, lo que implica, específicamente, que las acciones deben estar ligadas de igual manera a los intereses como habitante de determinado territorio.

Igualmente, Jáuregui (2005, p. 16), menciona que por medio del derecho de petición se solicita “resolver problemas planteados por medio de peticiones e impugnaciones”. Teniendo en cuenta lo anterior, también se establece que las necesidades e interés de los ciudadanos, se garantizan por medio de entablar peticiones de forma respetuosa ante las autoridades, entidades y organizaciones garantizando los derechos fundamentales como ser humano, y como ciudadano.

Toda petición y solicitud, se ha elevado a la categoría de derecho fundamental al que tiene toda persona en determinados territorios como el colombiano, por lo que el incumplimiento, de igual manera también se establece como una violación a una norma legalmente establecida. Respecto al abuso del derecho de petición, Ballard y Falla (2012, p. 41) “es bastante difícil de determinar, y sobre todo de frenar, sin que surja la idea de que frenarlo es la violación de un derecho fundamental del accionante o del peticionante”.

Por último, en relación a la desnaturalización del derecho de petición, Jáuregui (2005, p. 66) argumenta que el ejercer el derecho de petición “fuera de tiempo legal crearía una incertidumbre jurídica para la petición de protección de sus derechos y tendría, como consecuencia, que ése vencimiento del plazo genere la pérdida irremediable del derecho constitucional de amparo...”. Por lo tanto, no cumplir con los preceptos legales para responder los derechos de petición la administración incurre en un incumplimiento, lo que conlleva de antemano también a la violación de un derecho fundamental.

Por último, desnaturalizar, según la Real Academia de la Lengua se define:

1. tr. Alterar las propiedades o condiciones de algo, desvirtuarlo.

En consecuencia, desvirtuar, es definida por la RAE de la siguiente manera:

1. tr. Alterar la verdadera naturaleza de algo. U. t. c. prnl.

2. tr. Quitar a algo la virtud, sustancia o vigor. U. t. c. prnl.

1.8 Falta de estructura del derecho de petición

A pesar de la inmensa regulación y normatividad que existe en el país respecto al derecho de petición, este sigue sin cumplir su principal función ante las autoridades desnaturalizándolo ante el abuso de esta herramienta por la falta de un servicio efectivo para los usuarios. García (1991, p. 163) menciona que “se constituye el contenido esencial de un derecho subjetivo aquellas facultades o posibilidades de actuación necesarias para que el derecho sea reconocible como pertinente al tipo descrito y sin las cuales deja de pertenecer a ese tipo y tiene que pasar a quedar comprendido en otro, desnaturalizándose por decirlo así”.

Por otro lado, Prieto (1984, p. 467) menciona respecto al derecho de petición que “la defensa del contenido esencial tiende a confundirse con la defensa del contenido mínimo, de este modo, la discrecionalidad política de la ley puede llegar hasta el límite de su desnaturalización”. Desde este punto, también es necesario mencionar que no existen parámetros de control sobre este medio legal, ya que muchas veces las empresas y las organizaciones reciben las peticiones y solicitudes y no cumplen los aspectos constitucionales y legales; así como los ciudadanos muchas veces ignoran los procedimientos, los recursos y las herramientas como el derecho de petición; y aunque muchas veces se hagan reclamos y lleven a cabo quejas no quedan soportes por lo que es necesario el medio escrito para establecer una forma de verificación.

Aunque en el caso colombiano, se establece que cualquier medio de comunicación es suficiente para elevar una queja, reclamo o solicitud al estatus de derecho de petición muchas veces este se convierte en un aspecto más de tramitología, el cual muchas veces no se soluciona,

lo que conlleva una desnaturalización porque no alcanza esa comunicación entre el ciudadano y las autoridades.

Por su parte el código disciplinario también reconoce que basta “una sola infracción de los deberes contentivos en la carta política, en las leyes y los reglamentos, en los contratos de trabajo o en los manuales de funciones, entre otros instrumentos de norma, para que se configure el injusto disciplinario” (Ley 734, art. 34). Pero definitivamente, el derecho de petición no ha cobrado la fuerza que se pretende por conceptos legales tener, y tanto en lo público como en lo privado se vulnera este derecho sin una medida y control estricto del Estado.

“Ninguna entidad privada podrá negarse a la recepción y radicación de solicitudes y peticiones respetuosas, so pena de incurrir en sanciones y/o multas por parte de las autoridades competentes” (Ley 1755 de 2015, art. 32, parágrafo 3). Pero definitivamente, los organismos gubernamentales no están capacitados ni han implementado los medios necesarios para verificar el cumplimiento de los recursos interpuestos por los usuarios ante las diferentes quejas, reclamaciones, peticiones y solicitudes que se interponen.

En último lugar, es necesario que se establezcan mecanismos para la verificación de las respuestas oportunas, efectivas y eficaces solicitadas mediante el derecho fundamental de petición, ya que en la medida en que no haya un control eficaz y veras del cumplimiento legal de las entidades tanto públicas como privadas seguirá existiendo incertidumbre que conlleva a la desnaturalización de las peticiones establecidas ante las diferentes autoridades.

1. 9 Metodología

La metodología de trabajo de la investigación incluye el modelo garantista de Ferrajoly, ya que la información recolectada en la investigación es tanto cualitativa como cuantitativa, así como incluye la metodología descriptiva y analítica, y finalmente en la técnica utilizada es la triangulación de información recolectada a partir de las estadísticas de entidades gubernamentales a partir de las fuentes oficiales y del número de quejas que se recepcionan obtenidas a través de respuestas a derechos de petición realizados por las investigadoras.

El presente documento incluye la implementación del modelo “garantista”, el cual según Ferrajoly (1999, p. 15) es “ideal” ya que por medio de este “se puede acercar” a la “realidad” que se presenta en un objeto de estudio. De igual manera podría decirse que desde este modelo, el derecho de petición se constituye como una herramienta necesaria para garantizar que no se vulneren los derechos fundamentales y que se pasen por encima las normas prescritas en las leyes.

Asimismo, hay que tener en cuenta que el modelo garantista, cobra validez precisamente en el principio de legalidad que tiene todo proceso, desde este punto hay que tener en cuenta que también incluye el cumplimiento de las normas en aras de llevar a cabo el debido proceso y la garantía de los derechos fundamentales del ciudadano. De acuerdo con Ferrajoly (1999, p. 15) el garantismo “designa un modelo normativo de derecho: precisamente, por lo que respecta a la legalidad”.

Hay que tener en cuenta que el derecho de petición es una de las herramientas con las que cuenta el ciudadano para reclamar el cumplimiento de sus derechos fundamentales y evitar que estos sean violados, a partir de este aspecto el modelo garantista también involucra una relación directa con este postulado, y por ende, adicionalmente, cobra sentido en el reconocimiento

jurídico y la efectividad en el análisis de los casos con función nomológica. Por otro lado, Ferrajoly menciona que el garantismo (1999, pp. 15-16) es “en el plano político como una técnica de tutela capaz de minimizar la violencia y de maximizar la libertad y en el plano jurídico como un sistema de vínculos impuestos a la potestad punitiva del estado en garantía de los derechos de los ciudadanos”.

El modelo garantista, a la vez involucra los principios de vigencia, validez, efectividad y eficacia, en el caso de este proyecto con el precepto del derecho de petición en el reclamo de la garantía del derecho fundamental de la salud. El garantismo, desde el concepto de Ferrajoly (1999, p. 16) “designa una teoría jurídica de la validez y de la efectividad... respecto de la existencia o vigencia de las normas.

De acuerdo a Ferrajoli (1999, p. 851) en el método garantista existe una divergencia entre la normatividad en el nivel constitucional y su ausencia de efectividad en los niveles inferiores comporta el riesgo de hacer de aquél una simple fachada, con meras funciones de mistificación ideológica del conjunto.

Adicionalmente, en los aspectos metodológicos del presente documento, es necesario especificar que incluye información de tipo:

- Cualitativo: ya que el objetivo está conectado con la realización de un análisis de los factores que conllevan a la desnaturalización del derecho de petición en el reclamo de los servicios que garantizan el derecho de la salud. De acuerdo a Bonilla y Rodríguez (1997, p. 84) la investigación cualitativa se “interesa por captar la realidad social a través de los ojos de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto”.

- Cuantitativo: porque involucra datos de entidades gubernamentales que den cuenta de las estadísticas en que los ciudadanos necesitan del derecho de petición para poder acceder a los servicios del sistema de salud. Según Monje (2011, p. 12) “los parámetros cuantitativos de la investigación se dan a “través de cuantificar y medir una serie de repeticiones, por medio de las cuales se llega a formular las tendencias, y a construir nuevas teorías”.

Finalmente, los dos métodos anteriores, se conectan con la metodología analítica, que busca estudiar los fenómenos y caracterizarlos de acuerdo a la realidad que se lleva a cabo en el contexto, en este caso en el sistema de salud para reclamar los servicios que garantizan el derecho fundamental en comento. Salinas (2012, p. 19) menciona que este tipo de investigación busca “explicar las causas de los efectos estudiados, es decir, no solo describe la situación, fenómeno, y características, sino que explica el porqué de los asuntos investigados y de las asociaciones entre ellos”.

La técnica a utilizar es la triangulación, ya que busca tener un punto de relación entre los diferentes datos e información obtenida, lo que garantiza una conexión entre los diferentes puntos y actores que se relaciona en la investigación. Según Denzin (1970, p. 45) es la “combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular”. Asimismo, también involucra la captación de información secundaria, de fuentes de entidades del Estado, especialmente de la Supersalud. De acuerdo con Torres, M. y Paz, K. (2010, p. 3) “son aquellas que parten de datos elaborados, como pueden ser datos obtenidos de anuarios estadísticos...” y las fuentes primarias involucran las acciones para obtener información de forma directa para la investigación “son aquellas en las que los datos provienen directamente de la población o muestra de la población”.

Finalmente, es importante recalcar que se presentaron derechos de petición (anexos) a las siguientes entidades: Superintendencia de salud y Defensoría del Pueblo; y cuyas respuestas se encuentran incluidas en las tablas incluidas en el desarrollo del presente trabajo. Aunque las respuestas tomaron tiempo ya que estas entidades no tienen consolidados los datos de los derechos de petición que reciben.

Capítulo 2

El Derecho de Petición en Colombia

El marco normativo del Derecho Petición, se estructura a partir de la Constitución Política de 1991, así como también se constituye con todas las leyes y sentencias de la Corte Constitucional, las cuales fundamentan el andamiaje general legal, sin desconocer los fundamentos históricos que dan soporte en la legislación colombiana.

No hay que desconocer que el derecho de petición es uno de los mecanismos que se utilizan para hacer valer otros derechos fundamentales como el derecho a la salud, especialmente cuando las personas, usuarios y pacientes sienten que se les vulneran o no se les permite el acceso a los servicios los cuales se les debe garantizar para mejorar la calidad de vida y honra de como seres humanos.

Por lo tanto, la relación que existe con otros derechos fundamentales es evidente, funcionando como un mecanismo que permite a los individuos elevar peticiones, quejas y reclamos ante las entidades gubernamentales, y en el caso también ante entidades privadas, así como entre particulares para que se les garantice el debido derecho de acceso a los servicios que se han negado o se han interpuesto trabas.

2. 1 Evolución histórica

La consagración del derecho de petición se plasmó en la Constitución Francesa de 1791. Allí fue comprendida dentro de los derechos civiles y políticos y también estuvo presente en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1793. Pero su historia se remonta a la Edad Media en Inglaterra y a la Carta Magna de 1215, así como a la Carta de Derechos Humanos de 1689, para finalmente consolidarse en el Estado Social de Derecho.

Es necesario tener en cuenta que el derecho de petición es inherente al ser humano, y desde este punto es importante tomarlo como un punto propio de la condición de la humanidad. Al respecto, Sánchez (1987, p. 132) mencionando a Hauriou, sostiene que el carácter universal e intemporal del derecho de petición, es propio del ser humano, sin importar la formula política con que se gobierne una determinada comunidad.

Adicionalmente, Richard (1932, p. 35) argumenta que el derecho de petición legalmente sitúa “sus orígenes en la edad media en Inglaterra”, y en donde se “dan las primeras manifestaciones de este derecho”. De igual modo, García (1991, p. 28), menciona que “en realidad las peticiones a los gobernantes han existido desde siempre y en todo lugar, lo que sucede es que, desde la Edad Media, encontramos un cauce institucional privilegiado y relativamente regulado por normas jurídicas”. Por lo que es desde esta época, que los vestigios del derecho de petición están relacionados con aspectos políticos, ya que era ante el soberano que se elevaban las peticiones y solicitudes de la población con el motivo de que se les respetaran los derechos adquiridos en el reino.

Corona (1990, p. 237) dice que “desde la Edad Media, se encuentran numerosísimos testimonios históricos que dejan constancia clara de la existencia y reconocimiento de este derecho”, así como también especifica “cuál era ejercido por los súbditos ante el rey, bien en solicitud de gracia o merced o para la reparación de toda clase de injusticias”. Desde este punto, las peticiones ante las autoridades políticas se elevaban para garantizar que no se les vulneraran los derechos a los ciudadanos del reino.

La Edad Media, se convirtió en la época en que los súbditos realizaban peticiones, solicitudes y requerimientos ante el soberano. Políticamente hablando, fueron los primeros indicios históricos del derecho de petición, adicionalmente, es el punto principal en que el pueblo

empezaba a hacer valer sus derechos y a organizarse para comunicar su descontento y hacer evidentes sus necesidades.

De acuerdo con Franco (2011, p. 9) con la firma de la carta magna en el año 1215, inicia un proceso evolutivo hacia la defensa de los derechos inherentes al ser humano tales como el derecho de petición. Por lo que en el documento se establecían una serie de derechos a los que eran considerados ciudadanos en ese entonces, y cuando estos veían vulnerados y cercenados estos mismos podían reclamar ante el monarca por medio de una especie de Corte de Barones.

Según la investigación de Franco (2011, p. 25) la Carta Magna, en el artículo 61, en lo que se toma como la evolución en los aspectos legales del derecho de petición, “se crea un grupo de veinticinco Barones para hacer efectivas las garantías expuestas...”. Realmente, este hecho se considera el primer vestigio en lo legal sobre el derecho de petición, ya que los ciudadanos ingleses de la época podían realizar reclamaciones y exponer sus solicitudes ante el monarca por medio de un tipo de corte, para que esta fuese la que empezará a buscar la solución e hiciera cumplir los parámetros firmados en el documento por el mismo soberano.

Franco (2011, p. 26), finalmente menciona que la Carta Magna, la Petition of Right, “no es una declaración de Derechos humanos, mucho menos de Derechos fundamentales; consiste en otra ingeniosa estrategia para lograr algunos Derechos de libertad política y libertades individuales...”. Pero se podría decir que para su época fue un gran paso en lo que se refiere a los derechos humanos, en especial a los parámetros legales del derecho de petición, ya que brindaba la oportunidad en esos tiempos de solicitar ante el monarca peticiones y requerimientos sobre las necesidades de los ciudadanos.

Por otro lado, según Human Rights, el siguiente hito reconocido en “el desarrollo de los derechos humanos fue la Petición del Derecho, producida en 1628 por el Parlamento Inglés y

enviada a Carlos I como una declaración de libertades civiles”. En el Parlamento rechazaba rotundamente financiar la impopular política externa del rey, la cual causó que su gobierno exigiera préstamos forzosos y que tuvieran que acuartelar las tropas en las casas de los súbditos como una medida económica. La Petición del Derecho se basó en estatutos y documentos oficiales anteriores y hace valer cuatro principios que se habían establecido desde la constitución de la Carta Magna:

1. “No se podrá recaudar ningún impuesto sin el consentimiento del Parlamento.
2. No se puede encarcelar a ningún súbdito sin una causa probada (reafirmación del derecho de habeas corpus),
3. A ningún soldado se le puede acuartelar debido a su ciudadanía, y
4. No puede usarse la ley marcial en tiempos de paz”.

Por último, hay que tener en cuenta que la Carta Magna de 1215 se localiza, en lo que se podrían denominar los primeros fundamentos, el reconocimiento y la consolidación del derecho de petición, y el documento es un compromiso en el que el monarca se obliga a actuar en forma rápida y equilibrada para que se enmienden y se arreglen asuntos cuando así lo soliciten los ciudadanos que se sientan insultados y agraviados.

Los abusos de las autoridades y el descontento del pueblo dan paso a la presentación de peticiones para garantizar los derechos fundamentales del ser humano. Según Franco (2011, p. 28), el 13 de febrero de 1689, los Lores y Comunes cansados de los atropellos, abusos, el cobro de impuestos, multas excesivas; la aplicación de castigos crueles e ilegales cometidos; interponen ante los reyes, una declaración escrita denominada: Ley de Declaración de los Derechos y Libertades de los súbditos.

De igual modo, Franco (2011, p. 28) menciona que el Bill of Right, “ilustra mucho más claro el concepto Derecho de petición...”. La importancia radica en el derecho de elevar solicitudes por parte del pueblo ante el soberano en términos y condiciones de respeto y bajo tiempos establecidos.

Otro aspecto fundamental en la evolución del Derecho de Petición es la Constitución Francesa de 1791. De acuerdo con Calzada, M. (2009) se incluyó como uno de los derechos civiles y políticos. De acuerdo con García, C. (1999) la consagración del derecho de petición sirvió para fundamentar la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1793, y es a partir de este momento que se toma como el recurso al soberano, para frenar los abusos. Es desde este momento que el Derecho de Petición adquiere carácter constitucional, y toma fuerza como herramienta esencial para lograr garantías frente a los demás derechos fundamentales del ser humano.

Por otro lado, Franco (2011, p. 28) menciona que el cambio de la forma de gobierno y el principio de legalidad se han venido desarrollando a través de los tiempos, el concepto Estado de Derecho, ha evolucionado a Estado Social de Derecho, lo que provoca mejores garantías para el ciudadano, una de esas garantías la constituye la manera cómo se aplica el Derecho fundamental de petición.

Cardona, A. et al (2011, p. 3), argumenta que “el derecho de petición se presenta como un derecho de suprema importancia en las acciones que diariamente realizamos como ciudadanos de un Estado Social de Derecho”. De igual manera sostienen que (2011, p. 8), “se considera de gran importancia que se conozca, aprenda y utilice el derecho de petición como garantía que tiene toda persona dentro de la democracia participativa de nuestro Estado Social de Derecho”. Definitivamente, el derecho de petición es una de las batallas civiles incorporadas a la legislación

en muchas partes como una norma superior muy importante en la evolución y organización de lo que es y se conoce hoy en día como Estado Social de Derecho.

En la evolución del derecho de petición cabe mencionar tres aspectos relevantes, que han marcado el desarrollo histórico en el ámbito de las peticiones y las solicitudes bajo los principios legales, de acuerdo a los diferentes territorios en los cuales se aplica, estas son:

- Las solicitudes ante el soberano
- Como derecho, se podría decir que constitucional, y
- Como derecho fundamental de todo ciudadano.

A pesar que se menciona que los vestigios de las peticiones y las solicitudes datan de tiempos antiguos, es en la edad media, ante la administración, que las solicitudes ante el soberano se convierten en las primeras bases del derecho de petición, y a pesar de que no estaban reglamentadas por la leyes monárquicas, se estableció como una práctica común realizar peticiones o solicitudes antes el rey, con el ánimo de obtener respuesta a casos específicos que por lo general tenían que ver con el interés general.

Por lo tanto, las peticiones ante el monarca, se convirtieron en las bases del derecho de petición más adelante, en los estados jurídicos, por lo que las acciones legales establecen la flexibilidad de definir diversas formas para solucionar un caso, una petición, reclamo o solicitud. Es a partir, entonces, de las peticiones del pueblo y de los súbditos al soberano, que se fundamentan los pedestales del derecho de petición.

El derecho de petición ha evolucionado en el estado de derecho como una de las herramientas sumamente importantes para hacer valer otros derechos fundamentales tal como el

derecho a la salud, el cual se debe garantizar por el solo hecho de ser ciudadanos y seres humanos.

2. 2 Antecedentes en Colombia

En cuanto al caso colombiano, la consagración del derecho de Petición se remonta a la Constitución de Tunja de 1811, en la cual se incluyó dentro de la declaración de los derechos del hombre en la sociedad, que: jamás se puede prohibir, suspender o limitar el derecho que tiene todo pueblo, y cada uno de sus ciudadanos de dirigir a los depositarios de la autoridad pública, representaciones o memoriales para solicitar legal y pacíficamente la reparación de los agravios que se le han hecho, y de las molestias que sufra; en ningún tiempo será impedida ni limitada.

En la Constitución de Cundinamarca de 1812, en su artículo 7, se indicó que “igualmente pueden los ciudadanos juntarse pacífica y tranquilamente para formar y presentar sus instrucciones y peticiones a las autoridades...”; y adicionalmente, se establece como, un derecho con fundamento constitucional en la Constitución Política de Cúcuta de 1827 y retomado más adelante en la Constitución de 1886, que duraría vigente por más de un siglo, puesto que se establece que todo ciudadano puede establecer solicitudes de forma tanto particular como de carácter general ante la administración pública. A partir de lo anterior, se empieza, de esta manera a tratar el derecho de petición con principios de legalidad en el país, lo que fundamenta un paso primordial en la garantía de los derechos de los colombianos.

Este paso, de elevar la acción de petición y solicitud de acciones de la administración pública es muy importante ya que es un eslabón más, al garantizarle al ciudadano colombiano, la garantía de poder acceder a información, presentar quejas, y hacer reclamaciones ante los entes gubernamentales.

La existencia de las peticiones y solicitudes, también estaba consagrada en la Constitución Política de Cúcuta la cual se estableció en el Congreso de 1821, y se instituía en el artículo 157 que los ciudadanos tenían la libertad de reclamar sus derechos ante los depositarios de la autoridad pública, con la moderación y el respeto debidos, en ningún tiempo será impedida ni limitada. Lo que indica la consolidación legal del derecho de petición en el país, por lo tanto, una vez terminado el periodo de la colonia y en los primeros pasos hacia la formación de una nación soberana y libre, se consagran las peticiones y solicitudes como un derecho constitucional.

Décadas más tarde, en la Constitución Política de 1886, se retoma lo planteado en Cúcuta, y en el artículo 45 se menciona que “toda persona tiene derecho de presentar peticiones respetuosas a las autoridades, ya sea por motivos de interés general, ya de interés particular, y el de obtener pronta resolución”. Esto establece una evolución en el derecho administrativo, frente a las especificidades del derecho de petición que interponían los ciudadanos ante la administración.

Pero es a partir de la Constitución Política de 1991, en el enunciado del artículo 23, que el derecho de petición toma fuerza, ya que se consagra como derecho fundamental, el cual versa que “toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución”. Así como también se establece que “el legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales”. A partir de este nuevo tratamiento a las solicitudes y a las peticiones, se reviste una variación muy importante, la cual se presenta con la extensión del alcance del derecho hasta los particulares, así como toma un carácter de derecho fundamental, lo que le concede la relevante característica de aplicación inmediata y susceptible de protección legal.

Cabe mencionar que, en el país, todos los ciudadanos, ya sean nacionales o extranjeros, adultos o menores de edad, letrados o analfabetas pueden presentar el derecho de petición, por lo tanto, esto prácticamente, instaura un principio de inclusión y que por ningún motivo se debe excluir a ninguna persona de presentar algún tipo de petición o solicitud ante las entidades, organizaciones o administración pública. Por lo tanto, estas personas pueden exigir y obtener acceso a la información y documentación que haya en las distintas entidades, siempre y cuando no se trate de información que por ley, no tengan el carácter de reservado, caso en los cuales el derecho de petición no procede por ningún motivo.

De igual manera, mediante este derecho de petición se pueden hacer diferentes peticiones, entre que los que se encuentran:

- Las quejas, cuando es necesario dar a conocer a las autoridades conductas irregulares de empleados oficiales y/o particulares.
- Los reclamos, mediante los cuales se informa sobre la ineficiencia existente en la prestación de un servicio.
- Las solicitudes de Información, por las cuales se puede formular ante las autoridades las preocupaciones sobre las actuaciones en casos concretos y permitan el acceso y análisis de los documentos públicos que tienen en su poder.
- Las consultas, que se efectúan ante las autoridades para que manifiesten sus consideraciones sobre aspectos relacionados con sus objetivos misionales.

Si las autoridades no dan respuesta a las peticiones solicitadas o hay omisión de las mismas, los funcionarios responsables pueden ser objeto de sanciones disciplinarias, pues se incurre en causal de mala conducta, y por ende también, la situación recae en una desnaturalización del

derecho, en este caso el accionante o peticionario, puede recurrir a la acción de tutela para exigir ante los jueces la protección inmediata de su derecho constitucional.

La el derecho de petición se eleva a derecho fundamental a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, al constituirlo de esta manera ante los ciudadanos, quizá lo más relevante, es que este derecho se establece que se puede extender tanto a lo público como a lo particular o privado, desde este nuevo precepto constitucional se le da un punto más general y establece nuevas formas de reclamación, de quejas, de solicitudes y de peticiones ante cualquier organismo con el ánimo de lograr la garantía de los derechos fundamentales y humanos como ciudadano del territorio nacional.

Estos son los aspectos más relevantes en la evolución del derecho de petición en el país, por lo tanto, es de vital importancia tener en cuenta que estos se establecen de acuerdo a la época y las circunstancias históricas dadas en el mundo, pero que se convierten en semblantes muy interesantes en el desarrollo del derecho administrativo y constitucional.

Por otro lado, en cuanto al alcance del derecho de petición, la Constitución de 1991, según Martin y Donoso (2012: p. 7) “incluye la viabilidad de presentar peticiones ante entidades de carácter privado, dando así un vuelco total al alcance de este derecho”. Esto significa un avance muy importante, ya que el ciudadano puede realizar solicitudes, hacer quejas o reclamos ante cualquier entidad, sin importar el carácter que tenga, público o privado.

Según la Corte Constitucional (1993) la “nueva norma al ampliar el alcance del mencionado derecho y facultar al legislador para hacerlo extensivo ante organizaciones particulares, tiene el objetivo de garantizar los derechos fundamentales de las personas frente los entes privados”, lo que implica que los privados, también deben estar dispuestos a garantizarle al

ciudadano los derechos humanos y fundamentales, sin vulnerar o sin violar en ningún aspecto y por ningún motivo los preceptos legales.

De igual forma, la Corte Constitucional (2013), ha ratificado el carácter de “derecho fundamental”, el hecho de presentar peticiones, así como expone que “es determinante para la efectividad de otros derechos fundamentales tales como los derechos a la información, a la participación política y a la libertad de expresión”, también expone que este, “reside en la resolución pronta y oportuna de la cuestión planteada” y finalmente también afirma que “la petición debe ser resuelta de fondo, de manera clara, oportuna, precisa y congruente con lo solicitado”.

Por lo tanto el alcance, se da en cualquier ámbito sea público o privado, y quizá lo más importante es que es un derecho fundamental con gran transcendencia que es vital en la garantía de los demás derechos fundamentales del ciudadano, por lo que de acuerdo con Pérez (2015, p. 21) “la ilicitud sustancial es aplicable a un acto calificable de antijuridicidad material, configurando la efectividad de la lesión o la puesta en peligro de la administración pública, esta es una conducta típicamente antijurídica y de jurisdicción del derecho penal”.

2.3 Constitución política de 1991

El derecho de petición se eleva a derecho fundamental desde la Constitución de Colombia de 1991, ya que en el artículo 23, se establece que “toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas” ... “por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución”. Por otro lado, en el artículo 74, se menciona que “todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley”.

Prácticamente, el objetivo de elevar el derecho de petición a derecho fundamental se enfoca a lograr una comunicación clara, fluida y eficaz entre los ciudadanos y las organizaciones ya sean privadas o públicas convirtiendo al derecho de petición en un instrumento fundamental en el Estado social de derecho como está consagrado el Estado colombiano.

Teniendo en cuenta lo anterior, los ciudadanos pueden presentar derecho de petición, teniendo en cuenta los presentes tipos de solicitudes:

- Quejas,
- Reclamos,
- Solicitud de información,
- Manifestaciones sobre temas específicos, permitir acceso a documentos públicos e informe de las actuaciones de los funcionarios.

De igual manera, el derecho de petición se ha constituido en una herramienta importante en la garantía de otros derechos fundamentales del ciudadano y de los seres humanos. Por lo tanto, su importancia radica en la funcionalidad que tiene respecto a la vulneración de los derechos que por naturalidad y por constitucionalidad tiene todo habitante del país.

Desde este aspecto, el derecho de petición, respecto a los servicios de salud, es muy valioso ya que presenta grandes beneficios en la medida en que permite que se garantice la prestación y la asistencia tanto de los servicios médicos como los procedimientos y la entrega de medicina vitales para garantizar el cumplimiento del derecho de salud.

2.4 Corte Constitucional

La Corte Constitucional, muchas veces ha (1992, Sentencia T-12/92) señalado que el derecho de petición es "... uno de los derechos fundamentales cuya efectividad resulta indispensable para el logro de los fines esenciales del Estado, particularmente el servicio de la comunidad, la promoción de la prosperidad general, la garantía de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y la participación de todos en las decisiones que los afectan...". Por lo tanto, el derecho de petición es el mecanismo por el cual el Estado ha logrado que los derechos fundamentales sean garantizados, y por el cual los ciudadanos pueden solicitar que no se le vulneren los derechos.

Adicionalmente, la Corte Constitucional (2012, Sentencia T-146/12), también en constantes ocasiones ha definido que el derecho de petición, "es fundamental y determinante para la efectividad de los mecanismos de la democracia participativa. Además, porque mediante él se garantizan otros derechos constitucionales, como los derechos a la información, a la participación política y a la libertad de expresión". Desde este punto, el derecho de petición en el medio por el cual cuando el ciudadano siente vulnerado algún derecho fundamental, puede reclamar y solicitar garantías mínimas del cumplimiento esto ha permitido que los ciudadanos puedan acceder a los mínimos derechos básicos del ser humano, así como a todos los especificados constitucionalmente.

De igual manera la Corte Constitucional (2000), en la Sentencia T-377, especificó que el derecho de petición es "fundamental y determinante para la efectividad de los mecanismos de la democracia participativa". Este se ha convertido en un mecanismo muy importante en la participación y en la cooperación tanto de la comunidad como de las entidades y organismos tanto públicos como privados para hacer parte de las garantías fundamentales de los derechos del

ciudadano. También agrega que “además, porque mediante él se garantizan otros derechos constitucionales, como los derechos a la información, a la participación política y a la libertad de expresión”. Lo que implica que el derecho de petición es transversal en la garantía de otros derechos ya sean humanos como constitucionales, pero que forma parte importante del proceso y del cual los ciudadanos se valen para evitar la vulneración de los mínimos que le garantizan una existencia en un territorio.

En la misma sentencia, la Corte Constitucional (2000, Sentencia T-377), aclara que “el núcleo esencial del derecho de petición reside en la resolución pronta y oportuna de la cuestión, pues de nada serviría la posibilidad de dirigirse a la autoridad si ésta no resuelve o se reserva para sí el sentido de lo decidido”. Lo que además hay que tener en cuenta que el derecho de petición tiene unos plazos específicos para ser resuelto, para ser respondido, o para ser solucionada la petición. El problema en la desnaturalización del derecho petición de respecto al tiempo, radica en que muchas veces no se cumplen los pasos y los criterios dados por ley para ser determinado de forma definitiva.

Respecto a la salud, la Corte Constitucional (2015, Sentencia T-332/15) ha reiterado en repetidas ocasiones, que desde la Constitución Política, en el Artículo 49, el derecho de salud debe estar basado bajo los “principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”. Principios básicos que se deben tener en cuenta en la prestación de un servicio eficiente, y estos también fundamentan el derecho de petición, así como los principios de: celeridad, buena fe, pronta respuesta, eficacia, eficiencia, y legalidad.

De igual modo, la Corte Constitucional (2013, Sentencia T-149) innumerables veces menciona que el derecho de petición debe estar ligado al “...principio de inmediatez...”. Esto respecto a la necesidad de que la desnaturalización del derecho de petición frente al tiempo no

sea mayor ya que si en muchas ocasiones no se cumplen con los parámetros legales de respuesta, es con el fin de evitar que no sea subjetivo el plazo, el cual, dependiendo del tipo de solicitud se ha establecido en la ley 1437 de 2011.

Tabla 1.

Sentencias adicionales de la corte constitucional sobre derecho de petición

Sentencia T-268 de 2013	Se reiteró la procedencia del derecho de petición ante particulares en seis eventos: 1) Cuando los particulares son prestadores de un servicio público. 2) En los casos en que los particulares ejercen funciones públicas. 3) Cuando los particulares desarrollan actividades que comprometen el interés general. 4) En aquellos casos en los que la protección de otro derecho fundamental haga imperativa la respuesta. 5) Cuando haya estado de indefensión o situación de subordinación frente al particular al que se le eleva la petición. 6) Cuando el legislador autoriza la procedencia de la petición.
Sentencia C- 951 de 2014	Se señaló que el derecho de petición se aplica a todo el procedimiento administrativo, trámite que incluye los recursos ordinarios y extraordinarios, de manera que su no resolución oportuna o adecuada también es susceptible de corregirse a través de la acción de tutela.
Sentencia T-084 de 2015	Se sostuvo que la tutela es un mecanismo idóneo para proteger el derecho de petición de los administrados, toda vez que por medio del mismo se accede a muchos otros derechos constitucionales.
Sentencia C-418 de 2017	Se reiteró que el ejercicio del derecho de petición se rige entre otras las más importantes las siguientes reglas y elementos de aplicación: 1) El de petición es un derecho fundamental y resulta determinante para la efectividad de los mecanismos de la democracia participativa. 2) Mediante el derecho de petición se garantizan otros derechos constitucionales. 3) El derecho de petición fue inicialmente dispuesto para las actuaciones ante las autoridades públicas, pero la Constitución de 1991 lo extendió a las organizaciones privadas y en general, a los particulares. 4) La figura del silencio administrativo no libera a la administración de la obligación de resolver oportunamente la petición

Sentencia T-430 de 2017	Se hicieron algunas precisiones sobre diversos aspectos del Derecho de Petición, que ha sido considerado como un derecho fundamental, por lo cual la falta de atención y de respuesta oportuna de un derecho de petición puede originar una Acción de Tutela.
-------------------------	---

Fuente: Las autoras a partir de información tomada de la página web de la Corte Constitucional

La Corte Constitucional, definitivamente, ha cumplido un papel muy importante en las especificaciones y en reiterar los preceptos constitucionales frente a las características legales del derecho de petición. Adicionalmente, este organismo ha sido relevante en la defensa de los derechos constitucionales en especial del derecho de petición ya que constantemente reitera sus decisiones y los aspectos legales de la normatividad.

2.5 Ley 1437 de 2011, Código Contencioso Administrativo

Adicionalmente, la ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en varias partes de su articulado establece las regulaciones para presentar cualquier tipo de petición tal como se consagra en la Constitución Política del País.

En el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, artículo 3, se establecen los principios en todos los procedimientos administrativos: debido proceso, igualdad, imparcialidad, buena fe, moralidad, participación, responsabilidad, transparencia, publicidad, coordinación, eficacia, economía, y celeridad.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que en el artículo 7, se plantea específicamente entre otros deberes de las autoridades en lo relacionado con derechos de petición, en la atención al público, lo siguiente:

- Brindar trato respetuoso y diligente.

- Garantizar atención al público 40 horas semanales y atender a todas las personas que ingresen dentro de dicho horario.
- Sistema de turnos acorde con las necesidades del servicio y las nuevas tecnologías.
- Expedir, hacer visible y actualizar una carta de trato digno al usuario (derechos).
- Tramitar las peticiones que lleguen vía fax o por medios electrónicos.
- Dependencias especializadas atención de quejas y reclamos y para orientación al público.
- Adoptar medios tecnológicos para el trámite y resolución de peticiones, y permitir el uso de medios alternativos para quienes no dispongan de aquellos.

Todo lo anterior, a la vez relacionado con el artículo 9, que trata de las prohibiciones de las autoridades:

- Negarse a recibir las peticiones o a expedir constancias sobre las mismas.
- No recibir los escritos, las declaraciones o liquidaciones privadas necesarias para cumplir con una obligación legal, lo cual no obsta para prevenir al peticionario sobre eventuales deficiencias de su actuación o del escrito que presenta.
- Exigir la presentación personal de peticiones, recursos o documentos cuando la ley no lo exija.
- Exigir documentos no previstos por las normas legales aplicables a los procedimientos de que trate la gestión o crear requisitos o formalidades adicionales de conformidad con el artículo 84 de la Constitución Política.
- Negarse a recibir los escritos de interposición y sustentación de recursos.
- No dar traslado de los documentos recibidos a quien deba decidir, dentro del término legal.
- Demorar en forma injustificada la producción del acto, su comunicación o notificación.

- Dilatar o entorpecer el cumplimiento de las decisiones en firme o de las providencias judiciales.
- Intimidar de alguna manera a quienes quieran acudir ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo para el control de sus actos.

En el artículo 6, respecto los deberes de las personas, en este caso de los peticionarios, se estima que es necesario:

- Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear maniobras dilatorias en las actuaciones, y de efectuar o aportar, a sabiendas, declaraciones o documentos falsos o hacer afirmaciones temerarias, entre otras conductas.
- Brindar un trato respetuoso con los servidores públicos.

Además, es importante anotar que en el mismo Código, en lo que tiene que ver con la presentación y radicación de peticiones estas “podrán presentarse verbalmente o por escrito, y a través de cualquier medio idóneo para la comunicación o transferencia de datos”, en el caso de “una petición verbal se debe dejar constancia de haberla presentado”, y además se especifica que esta también “se podrá acompañar de una copia que, autenticada por el funcionario respectivo con anotación de la fecha y hora de su presentación, y del número y clase de los documentos anexos...”

Por otro lado, en el artículo 16 se menciona que toda petición debe tener por lo menos la designación de la autoridad a la que se dirige, datos completos de solicitante o peticionario como nombres completos, documento de identidad, dirección de correspondencia, y si es posible agregar número de teléfono y dirección electrónica, objeto de la petición, razones que en que se fundamente la petición y firma del peticionario. Adicionalmente, en el artículo 17, cuando se considere que una petición está incompleta, dentro de un término de diez días se le debe

comunicar al peticionario de la falta de requisitos, quien a la vez dispondrá de un mes para completar la solicitud que está haciendo.

Respecto al desistimiento de la petición en el artículo 17, se menciona que ocurre en el caso en el que el peticionario no desee completar la información de la petición, y en el artículo 8, los interesados podrán desistir en cualquier tiempo de sus peticiones, sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda ser nuevamente presentada con el lleno de los requisitos legales, pero las autoridades podrán continuar de oficio la actuación si la consideran necesaria por razones de interés público; en tal caso expedirán resolución motivada.

Adicionalmente, en el artículo 20, en lo que tiene que ver con atención prioritaria de toda petición se menciona que “darán atención prioritaria a las peticiones de reconocimiento de un derecho fundamental cuando deban ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable al peticionario, quien deberá probar sumariamente la titularidad del derecho y el riesgo de perjuicio invocados”, y de igual manera se sostiene debe tener en cuenta que cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la medida solicitada, la autoridad deberá adoptar de inmediato las medidas de urgencia necesarias para conjurar dicho peligro, sin perjuicio del trámite que deba darse a la petición.

Por su parte, en el artículo 24, se presenta la reserva de información y documentos, expresamente sometidos a reserva legal por la Constitución o la ley, y en especial:

- Los protegidos por el secreto comercial o industrial,
- Los relacionados con la defensa o seguridad nacionales,
- Los amparados por el secreto profesional, y
- Los que involucren derechos a la privacidad e intimidad de las personas,

Finalmente, cabe mencionar que dentro de los términos para resolver las peticiones se debe realizar dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción, en el caso de las peticiones de documentos deberán resolverse dentro de los diez (10) días y cuando se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción, expuestos en el artículo 14.

2.6 Ley 1755 de 2015

De igual manera, la Ley 1755 de 2015, por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición, se ratifican todos los Conceptos Constitucionales y del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo sobre el derecho de petición, y además se puede presentar tanto ante personas naturales como jurídicas y seguir los principios establecidos por la ley 1437 de 2011.

Por otro lado, se expone en el artículo 13 que “el ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación a las entidades dedicadas a su protección o formación”. Esto indica que toda persona sin importar la edad puede presentar peticiones ante las autoridades ya sean públicas o privadas. Además, también se indica que toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición tales como el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.

Se reiteran los plazos para la resolución de las peticiones, dados en la ley 1437 de 2011, artículo 14, toda petición debe ser resuelta dentro de un término de 15 días, en el caso de la solicitud de documentos dentro de 10 días, pero en el caso de una consulta las autoridades en relación con las materias a su cargo 30 días. Se retoma que la presentación de peticiones podrá hacer tanto verbalmente como escrita, y por cualquiera de los medios que la entidad disponga para su realización, en el artículo 15, además se expone que ninguna autoridad podrá negarse a la recepción y radicación de solicitudes y peticiones respetuosas. De igual modo, la radicación está contemplada como datos de fecha y hora de radicación, así como el número y clase de documentos recibidos, los registrados en el medio por el cual se ha recibido la información.

En el artículo 16, se reitera el contenido de las peticiones la cual debe contener la autoridad a la cual se dirige, datos completos del peticionario, objetivo, razones que la fundamentan, relación de los documentos que la acompañan y la correspondiente firma del solicitante.

Lo novedoso de la Ley 1755 de 2015, está en la regulación de los derechos de petición ante organizaciones e instituciones privadas, por medio de la cual se explica que “toda persona podrá ejercer el derecho de petición para garantizar sus derechos fundamentales ante organizaciones privadas con o sin personería jurídica”, y estas “solo podrán invocar la reserva de la información solicitada en los casos expresamente establecidos en la Constitución Política y la ley”. Pero adicionalmente en el párrafo 1, artículo 32, se menciona que “también podrá ejercerse ante personas naturales cuando frente a ellas el solicitante se encuentre en situaciones de indefensión, subordinación o la persona natural se encuentre ejerciendo una función o posición dominante frente al peticionario”, y en el párrafo 3 del mismo artículo se menciona

que “no podrá negarse a la recepción y radicación de solicitudes y peticiones respetuosas, so pena de incurrir en sanciones y/o multas por parte de las autoridades competentes”.

Por lo tanto, las organizaciones públicas como privadas y las personas jurídicas deben seguir los parámetros legales expuestos para los derechos de petición, cumpliendo los términos y los lineamientos especificados constitucional y legalmente.

2.7 Realidad social del problema

El derecho fundamental de petición, se consagra en la Constitución Política de 1991 del país, como una expresión de la democracia participativa, y se convierte en la herramienta fundamental para obtener de las autoridades y particulares respuesta oportuna en relación con la materialización de derechos fundamentales, para el caso de este estudio sobre las garantías del derecho fundamental de salud.

De igual manera, en la Ley 1437 de 2011, se establecen los trámites para que el ciudadano, tramite este tipo de acción administrativa en la protección de los derechos fundamentales, así como se instauran las sanciones pertinentes cuando se transgreden estos derechos.

Adicionalmente, el artículo 1 de la Constitución, se establece que Colombia es un Estado social de derecho, y en el artículo 49, se menciona que es deber del estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, así como ejercer su vigilancia y control.

Igualmente, la Ley 1755 de 2015, determina entre otras actuaciones, que se podrá solicitar el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e

interponer recursos. Lo que permite ver el alcance del derecho de petición, por lo tanto es necesario que la observancia de dicho derecho fundamental sea de vital cumplimiento, en especial en los casos que se presentan a diario y de forma constante en las garantías del derecho de salud por medio de los servicios que se deben prestar.

A partir de lo anterior, desafortunadamente, las entidades a cargo del servicio de salud, no cumplen con los preceptos legales en la solicitud de las garantías del derecho fundamental a la salud, por lo que el ciudadano debe recurrir al derecho de petición para lograr acceder a los servicios médicos, farmacéuticos y de medicina especializada.

Aunque Minsalud, de acuerdo a la Resolución 1552 de 2013, en materia de medicina especializada, deben mantener las agendas abiertas, sin motivos a negarlas y a fijar la fecha de consulta. Por otro lado, en la misma resolución, también se establece que la asignación de citas de odontología y medicina general no puede exceder los tres días hábiles contados a partir de la solicitud salvo cuando el paciente exprese un plazo diferente.

Por otro lado, también Minsalud expone en la Resolución 1604 de 2013, que el tiempo de entrega de los medicamentos debe hacerse en un lapso no mayor a 48 horas y se extiende el plazo establecido a 48 horas más a partir del en el que el afiliado reclama los medicamentos cuando la fórmula es entregada de forma incompleta, pero debe ser en su lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice.

De igual forma, para tener un estricto seguimiento de inspección, vigilancia y control en la entrega de los medicamentos se crea el Sistema de Seguimiento, Monitoreo y Control, el cual “tendrá como finalidad servir de herramienta de información a las autoridades sanitarias y permitirá la formulación de políticas, toma de decisiones y monitoreo que requiere el sistema en cada uno de sus componentes”, establece la norma.

Teniendo en cuenta lo anterior, hasta qué punto se cumple la norma por parte de las EPS y surge un cuestionamiento frente a si realmente el sistema creado para hacer este seguimiento tiene algún alcance en la asignación de las citas, debido a que muchos pacientes se quejan frecuentemente de que las Entidades Promotoras de Salud, no cumplen con los términos establecidos ni para la asignación de las citas y muchas veces tampoco en la entrega de medicamentos.

Obviamente, en todos estos casos es procedente muchas veces que los pacientes o los afectados presenten derechos de petición para que se le cumplan con los parámetros establecidos por ley y se le garanticen los servicios del sistema de salud cuando por el simple hecho de ser un derecho fundamental el aquí discutido debería ser ´restado sin mayores dilaciones y abusando de la herramienta del derecho de petición.

Capítulo 3.

Derecho a la Salud en Colombia

Bajo los preceptos de la actual Constitución Política, se erige el principio de igualdad de los ciudadanos del país, y se establecen de igual manera aspectos de justicia, equidad y ecuanimidad, en especial en lo relacionado al derecho de salud, que para el momento presentaba una crisis en accesibilidad y cubrimiento de la población en general. Molina y Vargas (2009, 122) mencionan que la Constitución de 1991 sembró “una renovada esperanza por una sociedad justa e igualitaria, en donde la población, incluidos los más pobres y vulnerables, pudieran encontrar salidas a la problemática social y tener acceso real y efectivo a los servicios de salud”.

A partir de la Constitución Política de 1991, de algún modo en temas de salud se brinda mayor compromiso del Estado en temas como la calidad y la accesibilidad, así como en temas de financiación del sistema en general. Lamentablemente la corrupción ha permeado con gran vehemencia afectando en gran medida la misma eficacia y la desviación de recursos sin conocerse exactamente su destino. Así como muchas EPS, encontraron formas para evadir sus responsabilidades y obligaciones no solo con el sistema sino con el mismo Estado y los pacientes que acceden a los servicios que prestan.

Por otro lado, se erige el derecho de salud como servicio y se les concede a los particulares la prestación de dicho servicio en aras de solucionar los problemas que había, y se le quita al Estado la responsabilidad y el compromiso, otorgándole al mercado este fundamento cambiando la naturaleza de derecho a servicio. Molina y Vargas (2009, p. 122) también menciona que con la Ley 100 de 1993 se inició en Colombia “un proceso de cambios en la prestación de los servicios de salud, conducidos hasta entonces mediante un esquema

monopólico y desarticulado, en el que existía un sistema de seguridad social para el sector formal...”.

El Estado de ninguna manera puede eludir su responsabilidad en temas de derechos fundamentales como la salud, por lo tanto es deber del mismo velar por el debido funcionamiento, control y financiamiento del sistema de salud, así como de los servicios que brindan las EPS. Por otro lado, debe garantizar calidad, eficiencia y eficacia de este sistema de manera integral, teniendo en cuenta que a toda la población se le debe asegurar el acceso de manera integral.

Mejía y otros (2007, pp. 26-38), descubrieron en su estudio que en “la atención, no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí con los no afiliados; las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para acceder a servicios ante la necesidad de salud para los más pobres; el acceso a servicios preventivos favorece a los de mejor situación económica”. Pero esto del todo no es cierto, ya que quienes tienen capacidad de adquisición pueden acceder a un mejor servicio adquiriendo planes de salud prepagada que les garantiza lo que se podría definir como un mejor servicio, basado en fundamentos de eficacia, efectividad y eficiencia.

Adicionalmente, Molina y Vargas (2009, p. 123) dicen que el nuevo sistema estableció “... la planificación y la dirección del sistema general de seguridad social (SGSSS) para la definición de políticas de atención; a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales, para comprender las dinámicas del acceso y plantear acciones que lo faciliten...”. Pero hasta qué punto esto se llevó a la práctica, realmente la actual crisis evidencia todo lo contrario, lo que conlleva una grave problemática que se podría decir que el actual sistema colapsó, por la falta de control gubernamental, y es claro como la corrupción tanto en las

entidades privadas como públicas han llevado a agudizar la problemática actual, en lo que se podría definir un mercado de la salud, más que un derecho fundamental.

El acceso al sistema de salud debe estar ligado con la calidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios prestados para toda la población en general. Lamentablemente en la práctica se han encontrado muchos vacíos que han sido aprovechados por quienes tienen a su cargo la prestación de estos servicios y no garantizan de manera adecuada el funcionamiento del sistema.

Acceder a los servicios de salud, en el actual sistema implica unos compromisos de parte de los usuarios, pero también de las entidades prestadoras, y de los organismos de control que realmente ninguno ha cumplido, en especial los organismos privados y públicos responsables de la garantía del derecho fundamental, los usuarios porque han permitido que los diferentes organismos no cumplan con sus responsabilidades y estos porque no han llevado a cabo sus funciones como dicta la ley. Molina y Vargas (2009, p. 123) “los usuarios, para comprender sus deberes y derechos e impulsar las acciones legales hacia el acceso efectivo a los servicios; y a las entidades de control para implementar mecanismos efectivos que faciliten las garantías del derecho fundamental a la salud”.

Definitivamente, el sistema de salud en realidad si cumplió con un objetivo claro, permitir que los más pobres accedieran a los servicios que ofrecía el mercado respecto a la salud, el cual dejó de ser un derecho fundamental para convertirse en una función mercantil muy rentable. Molina y Vargas (2009, p. 124) menciona en su estudio, que con la ley 100, “... el nuevo modelo de aseguramiento dio la oportunidad a las personas de escasos recursos económicos de acceder a algunos servicios que antes no tenían...”

Estar inscrito en un sistema de salud no basta para que toda la población se sienta conforme con los servicios que ofrecen, sino que es necesario que se tengan en cuenta los

principios fundamentales establecidos por ley para tal fin, y que además se presten con calidad, eficacia y eficiencia.

Aunque, el sistema actual de salud amplió la gama de los servicios en salud, realmente no garantizó de manera total la calidad y la cobertura a nivel nacional, aunque también se tienen en cuenta que hay una gran deficiencia de especialistas que agudizan la crisis del sistema. Molina y Vargas (2009, p. 124), también encontró que, asimismo, “se ha ampliado la oferta de servicios, especialmente privada, en los municipios de mayor tamaño y en las capitales de departamentos”, y que a pesar de ello, enfatizó “... en la falta de accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, con serias consecuencias para todos los actores del sistema”.

Los hallazgos de la investigación de Molina y Vargas (2009, p. 124), se concentran en las siguientes cuatro afirmaciones:

- El aseguramiento en sí mismo no garantiza el acceso a los servicios;
- Hay limitaciones y barreras en la cadena de las decisiones en salud;
- Las consecuencias de los problemas de acceso recaen sobre diferentes actores: los pacientes y sus familias, los prestadores del servicio y el Estado; y
- Algunos actores realizan esfuerzos, aunque insuficientes, para mejorar el acceso.

En los anteriores puntos, los autores determinan la crisis del sistema de salud, los cuales se establecen como aspectos cruciales en las problemáticas existentes, pero definitivamente, es a partir de los recursos del derecho de petición y de tutela que los usuarios han logrado garantizar el acceso a los servicios incluso en muchos casos básicos que garantizan el derecho fundamental de la salud.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que los problemas de salud tienen que ver con el bienestar de las mismas personas, y cuando se ven obligados a recurrir a las vías de hecho para acceder a los beneficios de los servicios es porque sienten vulnerados sus derechos.

3.1. Marco normativo sobre la Salud en Colombia

Con la Ley 100 de 1993, se buscó introducir y afianzar tres principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud: la eficiencia, entendida como la mejor utilización de los recursos tanto en términos sociales como económicos de los recursos; la universalidad, como garantía de la protección en salud para todas las personas (que se traduce, en la práctica, en cobertura plena); y la solidaridad como mecanismo que permite la transferencia de recursos particulares entre individuos con diferentes niveles de ingreso y/o de riesgo.

Con esta ley se fundamentó el actual Sistema de Salud, creando dos tipos de regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, desde este punto García et Al (2010, p. 24) mencionan que se clasifica a los individuos según su estándar de vida y permite una selección técnica de los beneficiarios de los programas sociales.

El Régimen Contributivo, se establece a partir de la vinculación del ciudadano y su familia al SGSSS, a través del pago de una cotización o un aporte económico previo por vinculación laboral o de forma independiente como afiliado, es decir que cuenta con capacidad de pago. Por el contrario, el Régimen Subsidiado, es un mecanismo por el cual la población sin capacidad de pago, accede al Sistema de Salud y los servicios ofrecidos a través de un subsidio que ofrece el Estado. En el Boletín Jurídico de la Supersalud (2019, n. 47, pág. 4) se establece que en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 “Los entes territoriales administrarán el Régimen

Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios”.

Al Sistema de Salud Colombiano tanto Contributivo como Subsidiado se accede mediante la afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS) las cuales se clasifican de la misma forma: EPS y ARS (EPS – Subsidiadas).

De igual forma, es importante aclarar que independientemente de la clasificación que se da en Sisbén, no obtienen derecho al régimen subsidiado los individuos que tengan vínculo laboral vigente, quienes perciban ingresos suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén gozando de pensión, quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al SGSSS.

Todo ciudadano sin importar si es de Régimen Contributivo o Subsidiado tiene derecho a¹:

- Que le presten los servicios de salud de atención básica.
- Recibir todos los medicamentos inmediatamente después de que finalice la consulta.
- Recibir atención de urgencia de manera inmediata.
- Que le asignen las citas de medicina general y odontología dentro de los dos días siguientes a que las solicite.
- Recibir toda la atención no incluida en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), en las Empresas Sociales del Estado, sin que tenga que solicitar autorización escrita.
- Recibir educación para el cuidado de su salud y la de su familia.
- Recibir atención oportuna y así evitar complicaciones o consecuencias graves.

¹ Información tomada de la página web: www.saludcapital.gov.co, el día 2 de diciembre de 2018.

- Presentar sugerencias verbales o escritas, para lograr que los servicios contenidos en el (POS) se presten con calidad.

Según el Ministerio de Salud (2019), el eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud -POS, que 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.

Por otro lado, en la Sentencia T – 760 de 2008, la Corte Constitucional determinó concordantemente que las autoridades violaron sus deberes y órdenes constitucionales y que conforme a la jurisprudencia colombiana el derecho a la salud se puede exigir cuando:

1. Existe una relación identificable con "derechos fundamentales", como el derecho a la vida;
2. El caso es presentado por una persona que representa a un grupo vulnerable como niños, embarazadas o ancianos;
3. El servicio de salud en cuestión está incluido en la política de salud nacional, la cual define las obligaciones del Estado respecto del contenido mínimo del derecho a la salud.
4. Se declara el derecho a la salud como un derecho fundamental, y el acceso a servicios sanitarios oportunos y de calidad está garantizado por el mismo.

3.2 Entidades y órganos del SGSSS

La Ley 100 de 1993 faculta a tres entidades la administración y prestación de los servicios de salud dentro del SGSSS: Entidades Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del

Régimen Subsidiado (ARS) e Institución Prestadora de Salud (IPS). Todos los servicios ofrecidos giran alrededor del contenido del Plan Obligatorio de Salud para cada uno de los regímenes.

Las EPS son una especie de compañía de seguros que se encargan de prestar y garantizar la prestación de los servicios del Plan obligatorio de salud a todos sus afiliados, así como son las encargadas de las afiliaciones del recaudo de las cotizaciones que luego se dirigen a las cuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este último, es el encargado de administrar los recursos del SGSSS y gestionar las cotizaciones de los afiliados a las EPS. Además, es necesario explicar que este fondo desapareció y a partir del 1° de agosto de 2017, ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) entrará a remplazar al Fosyga, entidad que asumirá los recursos y tendrá la función de realizar las acciones necesarias para responsabilizarse de garantizar el flujo de recursos en forma debida, infraestructura robusta, procedimientos tecnológicos de gran funcionalidad en el sistema de salud. Finalmente, cada contribuyente tiene la libertad de elegir su EPS según sus particularidades y necesidades, con la posibilidad de cambiarla una vez al año.

Por otro lado, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) tienen las mismas características de una EPS, y se encargan de prestar los servicios de salud de la misma forma que el Régimen Contributivo a los afiliados del Régimen Subsidiado, sin importar su condición sociocultural.

Adicionalmente, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), son organismos que contratan las EPS para que presten los servicios de salud que ofrecen, y están encargadas de ofrecer las especificidades básicas en cuanto a procedimientos y medicamentos al que tienen derecho los afiliados del SGSSS. Las IPS se clasifican de I al IV dependiendo de los servicios

ofrecidos y de la complejidad de los mismos: en donde III y IV corresponden a la atención de enfermedades crónicas y complejas que acarrearán un alto costo.

El FOSYGA, tal como lo menciona García et Al (2010, p. 27) “hace la intermediación entre la oferta y la demanda de servicios del sector salud”, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, se encarga de administrar y manejar los recursos financieros del SGSSS, y garantiza la compensación entre los regímenes contributivo y subsidiado.

También es importante precisar que el SGSSS se encuentra descentralizado por medio de la Constitución de 1991, las regulaciones de la Ley 715 de 2001, en lo que se dispone que los servicios de salud se prestarán de manera descentralizada, y se establecen las competencias territoriales. Así como se encarga a la Nación del diseño de políticas públicas y de financiar varios servicios básicos, así como el Régimen Subsidiado en los servicios fundamentales de salud, los Departamentos se encargan de administrar los subsidios a la oferta y demanda y los municipios de manejar el régimen subsidiado y velar por la prestación de servicios básicos mediante hospitales y centros de salud de I y II nivel. De acuerdo con García et al (2010, p. 28) esta distribución de competencias entre las entidades territoriales hace que el sistema de salud y su forma financiera sean bastante complicados, dificultando el seguimiento y la rendición de cuentas.

Los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra integrado según el Artículo 155 de la Ley 100 de 1993, por:

- El Ministerio de Salud y Protección Social; encargado de la formulación de las políticas en salud, estrategias del sistema, diseño de planes, programas, normas y regulaciones que garanticen la calidad y la gestión eficiente del sistema;

- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, máxima autoridad de dirección del sistema, responsable de actualizar y diseñar el contenido del Plan Obligatorio de Salud, establecer los criterios de selección de los individuos que hacen parte del RS (criterios de priorización) y definir el pago que deben hacer las EPS por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad.; y
- La Superintendencia Nacional en Salud, encargada de vigilar, inspeccionar y controlar a los diferentes actores del sistema; se encarga de supervisar el cumplimiento de la reglamentación por parte de las entidades de salud; y de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencia u otros reclamos en el sector salud.

3.3 Sostenibilidad del sistema de salud actual

Evidentemente, entre los grandes logros del actual SGSSS está el de la cobertura de los servicios de salud de la gran mayoría de la población. Desde el punto de vista de García et al (2010) son indiscutibles los progresos en materia de cobertura y de focalización que ofrece el sistema de salud, pero es preocupante los innumerables problemas que enfrenta, que se necesita que se tomen acciones sobre problemáticas de sostenibilidad, de equidad, calidad del servicio. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015, p. 3) hace un par de décadas la baja cobertura era su mayor reto. En 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección. Actualmente 46 millones de colombianos se encuentran asegurados, lo que representa el 96,6% de la población.

De acuerdo al mismo organismo (2015) en la década anterior existían grandes inequidades entre los regímenes contributivo y subsidiado cada uno con beneficios diferentes para cada uno. Ante esto, se logró la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) para estos

dos regímenes. Ahora, más de 22 millones de colombianos afiliados al subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo denominado Plan de Beneficios.

Según el Ministerio de Salud, el plan de cobertura de salud (POS) modificado por orden de la Corte Constitucional empezó a unificar a partir de agosto de 2009. El POS modificado elimina 100 procedimientos e incorpora otros 1000 más y a partir de julio de 2012 todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, tienen derecho al mismo Plan Obligatorio de Salud, es decir las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos, que en el Régimen Contributivo de Salud.

Desde lo anterior, es necesario afirmar que ante estos logros adquiridos los nuevos retos están ligados a la estabilización financiera del sector del sistema de salud. De igual manera, es importante recalcar que se requiere que este tenga mayor oportunidad y calidad del servicio prestado a la población. Adicionalmente, otro de los grandes retos es trabajar en la prevención de todo tipo de enfermedades de tal modo que se reduzcan los costos en los tratamientos cuando se determina a tiempo el riesgo.

También es relevante que se establezcan las políticas públicas sectoriales para sectores apartados y de difícil movilidad en regiones como la Amazonia y los Llanos Orientales de tal manera que se le garantice a la población el acceso a los servicios de salud. Según el mismo Ministerio (2015, p. 4) por mandato constitucional, el Gobierno Nacional tiene entre sus responsabilidades velar por los derechos de los usuarios para que accedan de manera oportuna y adecuada al servicio de salud.

De acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social (2015, p. 8) la Ley 1438 de 2011 estableció que el Gobierno Nacional, en aras de garantizar la competencia efectiva para la

producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, podrá adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de buena calidad a precios accesibles.

Otro de los logros, es el de los medicamentos obteniendo una estabilización de precios, reduciendo los costos de algunas medicinas que muchas veces se volvían insostenibles para el sistema e incluso para los usuarios cuando tenían que adquirirlos de forma particular. Así como, lograr reducir los gastos para las EPS y la financiación del mismo SGSSS de acuerdo a Minsalud se ha logrado un ahorro de para el sistema de salud de alrededor de \$14 mil millones, lo que corresponde al 30% en las medicinas.

Por otro lado, un reto está en lo relacionado con los dispositivos médicos, debido a las deficiencias de información de precios y la complejidad de su caracterización dificulta el establecimiento de una metodología única para la aplicación de la regulación de precios uniforme para todos los dispositivos. Otro de los grandes retos está en el medio de la investigación en salud, aunque según Minsalud ha habido avances importantes en temas como el Parasitismo, Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares; Salud, Bienestar y Envejecimiento; Salud Mental y Salud Escolar, es necesario seguir trabajando en la salud pública del país.

Quizá el reto más importante en el sistema de salud se encuentra en el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, dotar y mejorar el equipamiento médico de los hospitales del país. Aun la capacidad hospitalaria y de los servicios médicos especializados del país es deficiente, por lo que es importante trabajar arduamente para lograr mayor sostenibilidad del sistema de salud nacional.

En cuanto a la deficiencia de personal, el mismo Ministerio de Salud y Protección Social es consiente y a pesar de que ha venido desarrollando actividades dirigidas a dar soluciones a la situación del recurso humano en las Empresas Sociales del Estado, se analiza la posibilidad de expedir un nuevo régimen laboral para dichas entidades.

Por otro lado, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) ha avanzado en la protección de los derechos de los usuarios del sistema de salud y el enfoque en la prevención de los riesgos, producto de su reestructuración en años anteriores.

Según el Ministerio (2015, p. 27) en lo que se refiere al sector salud, se han planteado cuatro objetivos: ampliar el acceso y mejorar la calidad en la atención; optimizar los entornos de salud y reducir las brechas en los resultados en salud; recobrar la confianza y la legitimidad; y garantizar la sostenibilidad financiera. Aunque todavía es necesario trabajar en mejorar el acceso y prestación de los servicios de salud, de tal manera que se logre dar pasos hacia el mejoramiento en la calidad que requiere el mismo sistema, implementar acciones que garanticen la eficacia y eficiencia del sistema.

En cuanto a cobertura el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) menciona que es prácticamente un objetivo cumplido y desde varios años se ha mantenido este registro, en el 2017 el 95% de la población, cerca de 47 millones de habitantes, se encontraba asegurada en salud. Actualmente, los planes de beneficios y la unificación entre los regímenes subsidiado y contributivo, los colombianos, sin distingo de clases sociales, tienen acceso a tecnologías y medicamentos esenciales, incluidos los de alto costo. Estos avances en cobertura y acceso, y en general, en las condiciones sociales de los hogares, a su vez redundan en un mayor bienestar y un mejor estado de salud de la población.

Finalmente, se han producido implementaciones progresivas en correlación con nuevas políticas fundamentales para el sistema como la Ley 1751 de 2015, la Ley Estatutaria de Salud, en cuanto a que se han producido medidas para lograr adelantos significativos en el acceso efectivo, reordenar el propósito de beneficios de forma coherente y efectuar estrategias de carácter financiero y operativo para continuar avanzando en el asunto de saneamiento de deudas, el mejoramiento del flujo de recursos y en el fortalecimiento y depuración del sector. Esta ley, desde el punto del Ministerio, es la primera de un derecho fundamental social que, entre otras cosas, sienta las bases para una definición justa y sostenible de los beneficios.

Capítulo 4.

Derecho de petición para garantizar el derecho a la salud

Los pacientes muchas veces cuando ven vulnerado su derecho a la salud, se ven obligados a recurrir al derecho de petición para se les garanticen los servicios no solo esenciales sino fundamentales en el tratamiento de enfermedades que requieren de especial atención por medio de las entidades que tienen a su cargo la prestación de los beneficios que garanticen dignidad humana y calidad de vida adecuada.

En si el derecho de petición es uno de los mecanismos para hacer valer otros derechos fundamentales cuando las personas los sienten vulnerados, cuando no se les garantiza por parte de las entidades que tienen a cargo la prestación de los servicios.

4.1 El derecho de petición: mecanismo para acceder a servicios de salud

La Corte Constitucional bajo la Sentencia T – 597 de 2016, especifica que el principio de integralidad del derecho de salud debe estar enfocado bajo dos perspectivas, que son muy importantes para que se garantice de manera efectiva el acceso: inicialmente, “relativa al concepto mismo de salud y sus dimensiones, así como garantizar “la totalidad de las prestaciones pretendidas o requeridas para el tratamiento y mejoría de las condiciones de salud y de la calidad de vida de las personas afectadas por diversas dolencias o enfermedades” (pág. 1).

Desde este punto, se les debe garantizar a los pacientes el tratamiento adecuado, pronto y eficaz de tal manera que alivie todas las afecciones y afectaciones que pongan en peligro la calidad, la integridad y la vida digna. De igual modo, es necesario tener en cuenta que el bienestar individual y familiar depende de los procedimientos médicos realizados a los enfermos.

Por otro lado, es importante recalcar que el derecho de petición procede para avalar el tratamiento integral y garantizar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afectaciones del paciente siempre y cuando estén determinadas por un médico y que además este incluídas dentro del POS.

El problema radica cuando muchas veces el paciente o sus familias deben recurrir a las acciones legales como el Derecho de Petición para que se le avale al paciente el tratamiento fundamental el cual se le debe legítimamente garantizar. Adicionalmente, este debe estar enfocado a que se le garantice sin límites ni negaciones teniendo en cuenta que se está avalando bajo aspectos legales.

La misma Corte Constitucional recalca que existe una serie de casos o situaciones que hacen necesario brindar una atención integral al paciente, independientemente del conjunto de prestaciones pretendidas (Defensoría de Pueblo, 2013, pág. 20). Lo más importante es garantizar al paciente una vida digna, bajo los tratamientos necesarios que le puedan brindar de igual modo una calidad de vida apropiada para sobrellevar la enfermedad, las dolencias y los problemas que esta le acarea en su cotidianidad.

Según la Defensoría del Pueblo (2013, pág. 112) “el derecho de petición y el derecho a la salud son los derechos con mayor porcentaje de participación en las tutelas durante los últimos 10 años”. Estos derechos se hacen tutelables cuando la autoridad competente no responde o no procede dentro de los términos previstos por la ley. Al mismo tiempo el derecho de petición se constituye en una herramienta fundamental para acceder a otros derechos fundamentales y constitucionales como el derecho a la salud.

El derecho a la salud se ha recuperado muchas veces a través del derecho de petición, pero no debería ser de esta manera, los pacientes no deberían recurrir a este mecanismo para que se le

garantice un derecho fundamental instituido constitucional y legalmente. Lamentablemente muchas veces las Entidades Promotoras de Salud no cumplen a cabalidad con todo lo previsto por la ley y no se les garantiza a los pacientes de manera integral los servicios médicos, las medicinas y los procedimientos de especialidades necesarias en el tratamiento de las enfermedades que padecen.

Recurrir al derecho de petición, según la Defensoría del Pueblo (2013), continuará “salvando la vida y recuperando la dignidad de miles de ciudadanos que acuden a este mecanismo que, tratándose del derecho a la salud, ha permitido materializar la justicia social que tanto anhela nuestra sociedad”.

Lo anterior indica que es necesario, crear elementos efectivos al interior de las EPS para que se resuelvan las inquietudes, las peticiones y las quejas sobre los problemas de sus enfermedades y tratamientos de los pacientes cuando vean vulnerados sus derechos y evitar que deban recurrir al derecho de petición y a las tutelas como únicos medios de protección del derecho fundamental a la salud.

La Defensoría del Pueblo también hace énfasis en que “las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, las entidades... deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos” (2013, pág. 25).

Es evidente que la Salud no solo como derecho sino como servicio público esencial, debe contar con las garantías mínimas para su prestación; que no se le debería negar al paciente el acceso a tratamientos fundamentales a nivel médico, hospitalario, de medicamentos y servicios especializados.

La misma Defensoría del Pueblo (2013) argumenta que se vulnera el derecho a la salud cuando se le suspende, se le niega y se le afecta abruptamente al afectado la atención cuando padece una enfermedad que previamente ha sido diagnosticada y en especial cuando requiere servicios médicos específicos y permanentes de los cuales dependen la vida y la integridad del paciente.

Vulnerar el derecho a la salud por parte de las entidades que tienen a cargo el servicio, implica no solamente cuando se niega el acceso a los servicios fundamentales, sino también cuando no se le realizan de manera eficaz, efectiva y eficiente los procedimientos necesarios, así como los tratamientos que le garanticen al paciente una vida digna, y que además afecten su salud y dignidad sometiéndolo a trámites innecesarios que además podrían darle oportuna respuesta.

García (2017) menciona que existen lagunas normativas en la regulación de algún trámite o procedimiento, y que las EPS crean o modifican procedimientos que obstaculizan el acceso a los servicios, sin tener el respaldo legal, con los cuales estarían violando la ley y vulnerando un derecho fundamental.

Definitivamente son muchos los tramites que se les interpone a los usuarios del sistema de salud, y a pesar que legalmente se ha tratado de mejorar y controlar las deficiencias presentadas los esfuerzos son insuficientes. Por otro lado, es necesario que las entidades encargadas de la inspección, vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud continúen actuando de acuerdo a sus responsabilidades, obligaciones y facultades evitando que a los pacientes se les continúe vulnerando el derecho a la salud.

La Corte Constitucional bajo la sentencia T – 361 de 2014 recuerda que el derecho fundamental a la salud está regido bajo los “Principios de integralidad, continuidad y confianza legítima como garantía de acceso a los servicios...”.

Los servicios de salud no deberían de ser suspendidos cuando el usuario clínicamente necesita realizar tratamientos especiales que pongan en riesgo la vida y la integridad del enfermo, debe primar sobre todo, el derecho a la vida. Por lo tanto, el Estado les debe garantizar a los pacientes con enfermedades que requieran de tratamientos y procedimientos especiales los servicios de salud teniendo en cuenta que además de ser un derecho humano está igualmente consagrado como derecho constitucional.

La prestación de los servicios de salud debe estar ligada a los elementos y principios establecidos bajo la Ley 1751 de 2015, entre otros están:

- Disponibilidad: el Estado debe garantizar la existencia de todos los mecanismos, servicios, tecnología e instituciones de salud.
- Aceptabilidad: los agentes del sistema deberán tener ética profesional y responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población.
- Accesibilidad: deben ser los servicios y tecnologías accesibles a toda la población del territorio colombiano.
- Calidad e idoneidad profesional: todo el sistema debe estar centrado en el usuario y responder a estándares de calidad aceptados por la comunidad científica.
- Universalidad: todos los residentes del territorio nacional podrán acceder de manera efectiva al derecho fundamental a la salud.
- Continuidad: las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua y no podrá ser interrumpido.

Pero además la Corte Constitucional estableció que cuando los particulares desempeñan funciones públicas, toda petición: queja, reclamo, petición, entre los que se encuentra, como por ejemplo la prestación de servicios de salud, se entiende que de igual modo, se equipara a una petición hecha ante la administración y, en ese sentido, les es aplicable en toda su extensión constitucional y legal (2011, pág. 1).

Los principios básicos se establecen legalmente para garantizar la adecuada prestación de los servicios para garantizarles a los pacientes la no vulneración del derecho a la salud. Adicionalmente, deben estar ligados de manera armónica y heterogénea sin que se privilegie alguno de ellos sobre los demás.

Definitivamente, el derecho de petición se ha convertido en uno de los mecanismos más importantes para que los pacientes y usuarios puedan acceder a los servicios que garanticen su derecho a la salud. No obstante, como ya se menciono es uno de los derechos más tutelables ante la administración para que se priorice la atención y la accesibilidad tanto a nivel medico como entrega de medicamentos y servicios especializados.

Tabla 2.

Sentencias adicionales de la corte constitucional sobre derecho de petición en materia de salud

Sentencia T-760/18	Se explica el derecho a la salud entre otros como: un derecho fundamental; comprende entre otros el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad; debe ser respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud; y los órganos de regulación y vigilancia del Sistema, tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud.
Sentencia T-196/18	Resulta procedente cuando se trate de solicitudes de amparo relacionadas o que involucren los derechos de los niños, niñas o adolescentes, más aún si estos padecen alguna enfermedad o afección grave que les genere algún tipo de discapacidad.
Sentencia T-092/18	A juicio de la Corte, las entidades promotoras de salud no sólo tienen la obligación de garantizar la oportuna y eficiente entrega de los medicamentos que requiere el paciente, sino también la de adoptar medidas especiales cuando se presentan barreras

	injustificadas que impidan su acceso, ya sea por circunstancias físicas o económicas, más allá de las cargas soportables que se exigen para los usuarios del sistema, pues de ello depende, en muchos casos, el amparo de sus derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la integridad física.
Sentencia T-121/15	El derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva, como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada.
Sentencia T-001/18	La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”.
Sentencia T-781/13	El derecho constitucional a la salud, reiterativamente asumido como fundamental cuando se trate de falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico; y falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que, pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no pueden acceder por incapacidad económica para asumirlas.

Fuente: Las autoras, a partir de la información revisada en las sentencias mencionadas.

4.2 Reclamaciones de los pacientes sobre servicios de salud.

Las deficiencias en la atención y en las demoras en la asignación de citas son las quejas constantes de los usuarios del sistema de salud, sumado a esto está que se ha hecho difícil para los órganos de control llevar un registro adecuado de las quejas y reclamos de los pacientes. La Procuraduría General de la Nación (2008, pág. 8) sostiene que “la precariedad de la regulación de los temas de salud pública en estos años comportó estancamientos y retrocesos en este campo”.

Sumado a esto, se presenta un servicio bastante inequitativo, pues quienes tienen mayor capacidad de pago pueden acceder a servicios con mejor calidad, eficientes y de mejor acceso;

mientras que quienes no tienen la capacidad económica se les brinda con mayor dificultad los servicios médicos, la entrega de medicamentos, las consultas especializadas y hasta demora en la asignación de procedimientos necesarios que garanticen mejor calidad de vida de los pacientes.

Al respecto, la entidad de Control (2008) consagra ineluctablemente dos formas de salud: una de mejor categoría y mejor financiada para quienes tienen mayor capacidad de pago, y otra más precaria y para los pobres. Este mismo organismo, además menciona que existen

“dos regímenes, con beneficios y financiación menor para el subsidiado, ha sido defendida con el argumento de que, dadas las restricciones financieras del sistema, resultaba indispensable esa medida temporal para dinamizar el régimen subsidiado y vincular en forma rápida a la totalidad de la población a los mecanismos de aseguramiento, para nivelar luego los planes de beneficios” (pág. 62).

Difícilmente, quienes no tienen capacidad adquisitiva no pueden acceder con los mismos derechos a los servicios de salud: son múltiples las quejas del sistema de salud por incumplimiento de quienes tienen a su cargo los servicios que garanticen este derecho elemental y constitucional. Largas filas, demora en la asignación de citas, escasa oferta de medicina especializada, negación en la asignación de citas por no disponer de agendas, demoras en la realización de procedimientos y la insuficiente disponibilidad de medicamentos en stock para ser despachados son las quejas constantes sobre las Entidades Promotoras de Salud.

Según el reporte de la Defensoría del Pueblo (2017) el derecho a la salud es el segundo derecho más tutelable, en gran parte es ocasionado por la crisis del sistema de salud debido a la liquidación de varias Entidades Promotoras de Salud, con la consecuente distribución de los

afiliados en aseguradoras que no cuentan con la suficiente infraestructura y que ha conllevado la interrupción de tratamientos y la negación de servicios fundamentales para los pacientes.

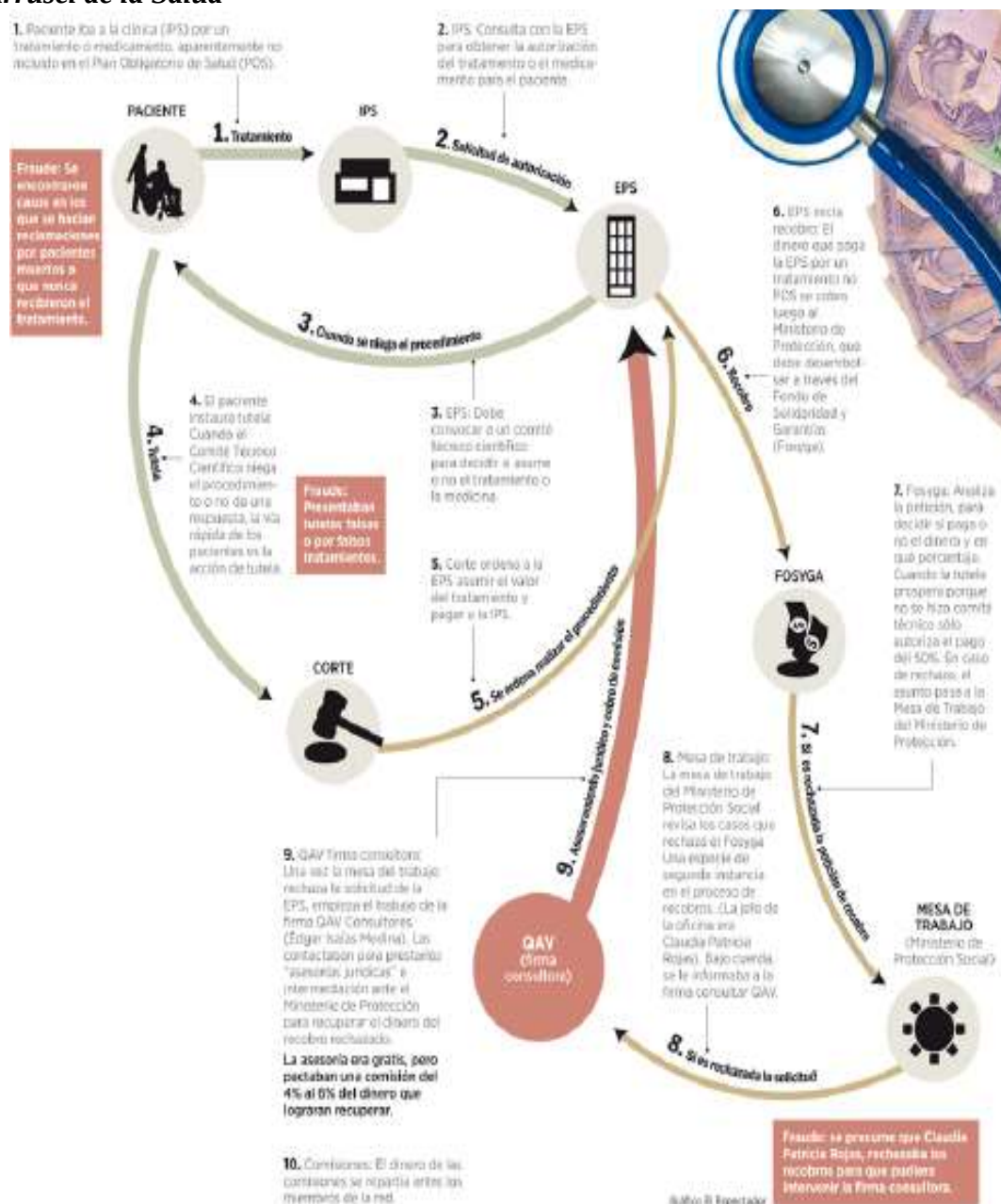
Adicionalmente, el desfaldo al sistema por parte de las EPS y contratistas por “falsos pacientes, falsas tutelas e influencia para tramitar recobros son algunas de las venas por donde sacan recursos” (El Espectador, 2011); sumado a todo esto también está el deficiente servicio e inviabilidad financiera de las EPS.

La crisis del sistema da cuenta de una necesidad de ejercer control adecuado y constante no solo de los recursos sino también del estado financiero de la EPS y de la prestación de los servicios para garantizar calidad, eficiencia y equidad en el acceso.

La Defensoría del Pueblo (2017) argumenta que las quejas relacionadas con el servicio para garantizar el derecho de salud están relacionadas con la insuficiencia de red de prestadores: lo que retarda procedimientos, cirugías, exámenes; restricción de remisiones, barreras de acceso a servicios de urgencias, inoportunidad de citas médicas especializadas y negación en la entrega de medicamentos.

Por otro lado, el carrusel de la salud ha hecho que la crisis del sistema sea cada vez crítica, y ha contribuido a que las entidades que tienen a cargo la prestación del servicio no presten eficientemente el servicio.

Figura 1.
Carrusel de la Salud



Fuente: El espectador (2011)

Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente, la crisis del sistema por culpa de las deficiencias que presentan los servicios ofrecidos para acceder a ellos y que los pacientes puedan de forma eficiente usar esos servicios y además que se garantice calidad en lo ofrecido, especialmente en los tratamientos elementales y procedimientos especializados, muchas veces

violando el derecho a la salud por culpa del incumplimiento de las EPS y de la falta de control ejercido por entes gubernamentales.

Tabla 3.

Solicitudes tutelables más frecuentes en salud 2014 – 2016

	2014		2015		2016	
	N.	%	N.	%	N.	%
Tratamientos	55.799	23.9	76.899	25.6	85.829	24.1
Medicamentos	37.621	16.1	51.795	17.3	75.618	21.1
Citas medicas	29.038	12.4	34.140	9.5	43.879	12.3
Cirugías	22.308	9.5	28.324	9.5	33.567	9.4
Prótesis, órtesis e insumos	23.903	10.2	34.005	11.3	30.754	8.6
Imágenes diagnosticas	12.654	12.6	17.020	5.7	25.200	7.1
Exámenes	10.716	4.6	8.310	2.7	13.868	3.8
Procedimientos	2.841	1.3	2.715	0.9	3.929	1.1
Otras relacionadas del sistema	31.830	13.6	41.667	13.9	41.486	11.6
Otras	6.763	2.9	5.030	1.6	2.967	0.8
Total solicitudes	233.473	100%	299.905	100 %	163.977	100%

Fuente: Datos suministrados por la Corte Constitucional, cálculos realizados por la Defensoría del Pueblo

En la tabla anterior, se muestra una radiografía del número de casos que han sido tutelables al sistema de salud, siendo los tratamientos el que más reportes presenta, seguido por los problemas con medicamentos, citas médicas, cirugías, y la negación de prótesis, órtesis e insumos médicos necesarios para los pacientes.

Otro punto crucial es la forma en que las EPS receptionan las quejas, pues no se lleva un control adecuado y muchos menos estadísticas, por lo que resulta imposible para los entes de control llevar un seguimiento adecuado a los casos de los pacientes en especial de aquellos que requieren especial atención por la complejidad de las enfermedades que padecen y por la urgencia de los tratamientos que requieren.

La Procuraduría General de la Nación también explica que la desarticulación interna, que caracteriza la fragilidad institucional en relación a formas de atención y trámite de quejas, no sólo aqueja el goce del derecho a la salud de los pacientes y usuarios del sistema, en la medida en que actúa en muchos casos a través de canales informales de solución de las peticiones.

Por otro lado, la desnaturalización del derecho a la salud radica cuando se les priva a los pacientes de los servicios a los cuales puede acceder y que se requieren para un adecuado tratamiento de las enfermedades que padecen. Por lo tanto, muchas veces las EPS obstaculizan a través de procedimientos innecesarios para negar y/o demorar los servicios de salud elementales para garantizar calidad y dignidad humana de los usuarios.

La entidad (2008, pág. 197) además argumenta que en “las quejas en salud, vale la pena resaltar que la definición de unos planes básicos obligatorios no ha sido suficiente para evitar el desconocimiento reiterado del derecho”. Aunque existe el llamado POS, en el cual hay servicios, procedimientos, tratamientos y medicamentos elementales en el sistema de salud, muchas veces este no es seguido a cabalidad y se les imponen trabas y requisitos a los pacientes para no cumplirlo de manera efectiva y eficiente.

Es, además, necesario tener en cuenta que el grave incumplimiento de las responsabilidades claramente definidas y exigibles a las entidades que tienen a cargo el sistema de salud, por lo que frente a estas situaciones, las sanciones tendrían que ser ejemplares, no sólo porque el ordenamiento legal y jurídico sanciona la violación de las reglas pactadas y el incumplimiento de los términos del servicio en este caso de los que hacen parte del sistema de salud, sino porque además cualquier violación a los derechos humanos tiene que ser debidamente investigada y drásticamente sancionada, lo que de una u otra manera comporta también las garantías de no repetición de la conducta violatoria.

Por otro lado, es necesario subrayar que uno de los determinantes principales del acceso a la salud es la capacidad instalada de las entidades prestadoras y los distintos tipos de servicios que ofrecen, por lo que muchas veces no brindan una adecuada actividad de servicios de salud a los pacientes con las garantías necesarias, con la eficiencia y eficacia que se requiere.

Además, también es importante mencionar que cuando los pacientes presentan dificultades para acceder a los servicios de salud, cuentan con estrategias en acciones como el derecho de petición, las tutelas, así como con el apoyo de entidades como la personería y Supersalud; que de alguna manera contribuyen a que se cumplan con los procesos, tratamientos y servicios a los cuales se puede acceder.

Teniendo en cuenta lo anterior, para todos los pacientes y usuarios se deben fortalecer los sistemas y canales de atención mediante los cuales se pueda conocer y resolver de manera efectiva cada una de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes que se interponen ante cualquier entidad en el momento en que se puedan presentar dificultades o sugerencias para mejorar el acceso a los servicios del sistema de salud.

4.3 Derecho comparado entre Colombia, México y España

Inicialmente, es importante tener en cuenta que derecho comparado es una disciplina que contrasta las semejanzas y las diferencias de diversos sistemas jurídicos vigentes en el mundo con la intención de comprender y explicar el sistema jurídico de un determinado país.

El derecho comparado tiene en cuenta que el ordenamiento jurídico difiere de un país a otro. Así, desde este punto, tenerlo presente es necesario para apreciar tanto las diferencias como las semejanzas, así como los defectos y las virtudes de ese orden, esto con el fin de explicar las instituciones y los sistemas de un país y, por ende, su sistema jurídico.

En México, el derecho de petición es una garantía de libertad que la Constitución Federal instituyó a los gobernados con el fin de que tuvieran conocimiento de la razón de la forma de resolver una resolución o un acuerdo o cualquier situación en lo particular. En este país, es un derecho constitucional a favor de los gobernados para que sobre cualquier duda que se tenga

sobre un acto, decisión o resolución; la autoridad tenga la obligación de responder a esa inquietud planteada. Adicionalmente, este derecho no se registra a particulares entre sí, sino en relación con funcionarios y empleados públicos, es decir, esta garantía de libertad consiste en la obligación de las autoridades y servidores públicos de contestar las peticiones hechas por los particulares.

En España, El derecho de petición es un derecho fundamental cuya titularidad corresponde a toda persona física o jurídica, con independencia de su nacionalidad. Es un derecho que se puede ejercer de forma individual o colectiva y consiste en la facultad de dirigirse a los poderes públicos para, o bien poner en conocimiento de estos ciertos hechos, y/o reclamarles una intervención. Es necesario tener en cuenta que en este país no serán objeto de este derecho aquellas peticiones para cuya satisfacción el ordenamiento jurídico establezca un procedimiento específico, ni las que ya sean objeto de un procedimiento parlamentario, administrativo o un proceso judicial.

Por el contrario en Colombia, la Constitución Política de Colombia de 1991 instaaura como derecho fundamental de toda persona el de realizar peticiones respetuosas y recibir respuestas de fondo dentro de los términos legales. Además, también se establece entre personas tanto naturales como jurídicas, así como entre particulares.

En estos países, de igual modo se establece que el derecho de petición se debe elevar de manera respetuosa, y sea el caso que sea se debe responder en los términos que explica la ley de cada país.

Por otro lado, el derecho a la salud en México, el artículo 4 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Contempla derechos importantes estrechamente relacionados como el derecho a la alimentación, al agua, a la vivienda, a un ambiente limpio y sano, a los derechos del niño, entre otros.

En España, se menciona en la Constitución de 1978, en el artículo 43 que se reconoce el derecho a la protección de la salud, les compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios y que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Posee, el Sistema Nacional de Salud establecido en la Ley 14 de 1986 y se dan pasos decisivos hacia la universalización de las prestaciones, tanto en el ámbito asistencial como en el farmacéutico, como desarrollo del derecho a la salud recogido. Adicionalmente, el derecho a la salud, pero sobre todo la asistencia sanitaria pública, se asume como un derecho de carácter universal en su diseño.

En Colombia, en la Constitución de 1991, en el artículo 49, la salud estaba consagrada como un servicio, posteriormente evolucionó a derecho, pero los ciudadanos tenían que reivindicarlo con tutelas para hacerlo valer. Más adelante la Corte Constitucional con la sentencia T-597 de 1993, había considerado que, aunque la salud era no solo un derecho fundamental, podía ser exigida por medio de la acción de tutela cuando se encontraba en conexidad con el derecho a la vida. Con la Sentencia T – 760, se establece como uno de los derechos fundamentales, como el derecho a la vida.

Capítulo 5.

Resultados y Discusión

Los resultados que se muestran en el presente trabajo surgen de información inédita presentada por la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo, provista mediante derecho de petición, y la triangulación con los instrumentos utilizados para garantizar el soporte

necesario de los datos obtenidos. Se toma como punto de análisis el año 2012 los derechos de petición presentados ante la Supersalud para poder acceder a los servicios médicos en Colombia y se analizan los años siguientes 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Según el Código Contencioso Administrativo (2011) la eficacia está enfocado a que las autoridades busquen que los procedimientos logren su finalidad y, para el efecto, removerán los obstáculos puramente formales, evitando decisiones inhibitorias, dilaciones o retardos y sanearán las irregularidades procedimentales que se presenten, en procura de la efectividad del derecho material objeto de la actuación administrativa.

Desde este punto, se plantea para el proyecto siguiente pregunta problémica: ¿Se garantiza el derecho a la salud con el derecho de petición en Colombia?

5.1 Conductas vulneradas que se evidencian mediante derechos de petición

Generalmente los pacientes acuden a las entidades de control para solicitar asesorías, presentar quejas y solicitar intervención para que no se les vulnere el derecho a la salud cuando se les demora el acceso, se les niega o simplemente no hay el suficiente personal especializado en las Entidades Promotoras de Salud que garanticen la adecuada prestación del servicio con calidad, eficacia y eficiencia.

Díaz y Arrieta (2012) en su investigación argumentan que se han presentado múltiples escenarios de vulneración al derecho a la salud, generalmente se utiliza el argumento del incumplimiento de requisitos formales, de manera que se vuelve en un factor común.

Cabe resaltar que las entidades que tienen a su cargo los servicios de salud, muchas veces no prestan un adecuado acceso a los servicios que garanticen el derecho a la salud de manera

digna. Faltando a su principio de responsabilidad y a las obligaciones, así como es importante mencionar que se provocan daños en el estado físico, emocional y la calidad de vida de los pacientes; lo cual es primordial para la dignidad humana.

Las autoras (2012, pág. 37) también queremos mencionar que en varias sentencias la Corte Constitucional ha establecido: “la consiguiente vulneración de los derechos fundamentales a la integridad personal, a la salud y a la vida en condiciones dignas” cuando se les niega los servicios necesarios a los pacientes. Por lo tanto, este tipo de conductas no deberían repetirse en el sistema de salud, debido a que se evidencia una vulneración o amenaza de los derechos fundamentales del ser humano, así que no debe haber negación a los derechos vinculados con el derecho a la salud. (2012, pág. 41) también concluimos que:

La salud como derecho fundamental, consagrado como tal en el Bloque de Constitucionalidad colombiano (PIDESC) es autónomo y como tal ha sido reconocido en la jurisprudencia constitucional colombiana sin necesidad de acudir a la conexidad con otros derechos, pero principalmente sin acudir a la conexidad con el derecho a la vida. Se entiende por autónomo aquel derecho social, acerca del cual existen razones válidas que lo hacen fundamental, sin acudir a las que sustentan la existencia de otros derechos fundamentales liberales, o incluso sociales.

De acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2017, pág. 82) desde el año 2010, el derecho de petición se ubica como el derecho más invocado en Colombia, debido a que a pesar de existir normatividad clara al respecto relacionada con la forma, contenido y oportunidad en las respuestas que se deben dar a las peticiones presentadas por los ciudadanos, las entidades no las cumplen, presentándose respuestas extemporáneas, sin congruencia, difusas, vagas, en formatos generales preexistentes y en muchas ocasiones, simplemente desconociendo la solicitud.

Tabla 4.

Peticiones por derecho a la salud

Años	TIPO PETICIÓN			
	Asesorías	Quejas	Solicitudes	Subtotal
2012	3.704	2.522	1.359	7.585
2013	4.622	5.163	1.988	11.773
2014	6.332	6.124	2.482	14.938
2015	9.749	8.880	2.832	21.461
2016	11.533	9.184	4.312	25.029
2017	10.586	10.096	5.549	26.231

Fuente: Dirección Nacional de Trámites y Quejas, Defensoría del Pueblo.

En la tabla No. 4, se evidencia el total de las asesorías, quejas y solicitudes de intervención que los pacientes presentan ante la Defensoría del Pueblo para que no se les vulnere el derecho a la salud. Siendo de manera general las asesorías en salud las más solicitadas en el periodo de 2012 a 2017, seguido de cerca están las quejas en la prestación de los servicios, y aunque no menos importante con aproximadamente la mitad de los casos las solicitudes de intervención para que se les garantice el acceso a los servicios de salud.

La misma Defensoría del Pueblo (2017, pág. 86) explica que las respuestas emitidas por las distintas entidades administrativas a los derechos de petición, deben cumplir con los requisitos de oportunidad, claridad, precisión y congruencia con lo solicitado, así como con la notificación al interesado. Se vulnera el derecho de petición cuando no se resuelve dentro del término establecido o cuando, a pesar de haber dado respuesta, este no cumple con los requisitos de respuesta mencionados.

Tabla 5.

Conductas presuntamente vulneradas al derecho a la salud

CONDUCTA PRESUNTAMENTE VULNERADA	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Deficiente e inoportuna atención médico-asistencial en el servicio de atención de: urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias	1747	3434	4414	6361	6575	7558
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud de un servicio fuera del pos o pos: medicamento, tratamiento, procedimiento o medio de diagnóstico	319	576	476	733	1079	815

Ausencia o falta de información comprensible, oportuna y completa para que la persona pueda decidir sobre su situación de salud (consentimiento informado)	101	346	317	499	501	433
Negación u obstaculización de las garantías necesarias para el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud	89	236	281	380	357	360
Negación o coacción del derecho a escoger la administradora o prestador de salud	81	169	223	345	298	346
Falta de adopción de medidas necesarias para hacer cumplir la legislación relacionada con el derecho a la salud	61	168	131	213	240	239
Desconocimiento de las obligaciones del estado relacionado con el derecho a la salud al concertar acuerdos con otros estados u organizaciones	42	103	121	203	206	237
Omisión de protección especial en salud para grupos de personas vulnerables	37	100	107	169	194	228
Inadecuada clasificación en el sistema de beneficiarios de programas de inversión social del estado - Sisben	34	100	100	164	163	221
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud por ausencia, falta de continuidad, de regularidad, de oportunidad o suministro incompleto del tratamiento	30	99	85	154	157	198
Negación de condiciones dignas mediante la prolongación del dolor del malestar cuando existen los recursos disponibles para mejorar la calidad de vida	28	99	78	133	98	174
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud por falta de continuidad en el servicio	23	81	74	106	93	110
Negación, obstaculización o demora en el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud	23	76	42	60	67	88
Incumplimiento de los deberes de dirección, coordinación, reglamentación y vigilancia de la prestación del servicio de salud ya sea por entidades públicas o particulares	12	55	41	60	63	86
Incumplimiento de las obligaciones de facilitar medicamentos esenciales. (según los programas de acción sobre medicamentos especiales de la OMS)	11	53	37	60	55	74
Mora u omisión del empleador en pagar los aportes de sus trabajadores al sistema de salud	10	48	33	54	54	70
Falta de vigilancia del ejercicio y efectividad del disfrute del derecho a la salud por ausencia o deficiencia en la aplicación de indicadores y bases de referencia	9	47	32	52	46	67
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud por falta de diagnóstico oportuno.	9	41	26	44	38	65
Negación, obstaculización o demora de la atención de salud por incapacidad de pago	9	37	25	44	33	60
Inadecuada asignación de recursos públicos que impida el disfrute del derecho a la salud de personas especialmente las que pertenecen a grupos vulnerables	8	30	23	35	33	59
Retención de un paciente o de un cadáver	8	27	18	34	32	59
Suspender, revocar u omitir adoptar medidas, políticas o legislación que garantice la plena efectividad y el disfrute del derecho a la salud.	8	26	17	29	31	58

Omisión o tergiversación de información fundamental para la protección de la salud o el tratamiento de una persona o grupo de personas	7	26	15	27	29	51
Desviación de los recursos correspondientes al sistema de salud para otros fines	5	24	14	24	27	51
Falta de adopción de medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud	4	22	14	21	25	48
Negación, obstaculización o demora en la prestación de servicios de salud por parte de la administradora de salud o el prestador por falta del periodo mínimo.	4	22	13	21	22	43
Falta de protección a los consumidores y a los trabajadores contra las practicas perjudiciales para la salud.	3	20	12	19	18	43
Incumplimiento en la asignación y transferencia de recursos correspondientes al sistema de salud	3	18	10	18	16	42
Medidas regresivas incompatibles con las obligaciones básicas que en materia de salud ha contraído el estado a nivel internacional	3	17	8	18	16	41
Falta de adopción de medidas para hacer cumplir las leyes que impiden la contaminación del agua, el aire y el suelo.	2	16	8	12	15	40
Falta de adopción de medidas que efectivamente reduzcan las tasas de mortalidad infantil y materna	2	14	5	12	14	39
Falta de adopción de un enfoque en salud basado en la perspectiva de genero	2	14	4	11	13	38
Falta de promulgación o adopción de medidas para disuadir a la población de prácticas médicas o culturales perjudiciales	2	11	3	8	10	38
Incumplimiento de medidas sanitarias adoptadas para impedir la introducción o propagación de una epidemia	2	10	3	5	10	35
Falta de adopción de medidas para disuadir a la población de la producción, comercialización, consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas para la salud	1	7	1	5	7	35
Total	2739	6172	6811	10133	10635	12149

Fuente: Dirección Nacional de Trámites y Quejas, Defensoría del Pueblo

Observando la información anterior (tabla 5) según la Defensoría del Pueblo, las quejas que más se presentan ante la entidad están relacionadas con la deficiente e inoportuna atención médico-asistencial en el servicio de atención de: urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos o terapias; con aproximadamente el 40% de los casos que llegan ante dicha entidad.

En su orden luego se presentan casos por la negación, obstaculización o demora de la atención de salud de un servicio fuera del POS: medicamento, tratamiento, procedimiento o medio de diagnóstico; la ausencia o falta de información comprensible, oportuna y completa para que la persona pueda decidir sobre su situación de salud (consentimiento informado); la negación

u obstaculización de las garantías necesarias para el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; la negación o coacción del derecho a escoger la administradora o prestador de salud y la falta de adopción de medidas necesarias para hacer cumplir la legislación relacionada con el derecho a la salud.

Muchas veces, estos casos ponen en riesgo no solamente la vida, sino que también vulneran la dignidad humana de los pacientes y de los usuarios que acceden al sistema de salud y no se les presta un adecuado servicio con eficiencia y eficacia. Desde este punto, Díaz y Arrieta (2012, pág. 41) mencionando a Sen, explican que “Se puede pensar que la medicina, enfocada de manera adecuada sólo en la salud humana definida en términos del funcionamiento biológico, tiene derecho a enseñarnos algo en lo referente a temas sociales más generales sobre la calidad de vida”.

Tabla 6.

Conductas presuntamente vulneradas del derecho a la salud relacionadas con la vida de los pacientes

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Omisión de la protección especial a personas con cáncer, en relación con su derecho fundamental a la salud	64	126	199	251	279	319
Omisión de la protección especial a personas con enfermedad renal, en relación con su derecho fundamental	16	66	64	70	126	245
Omisión de la protección especial a personas con enfermedad lisosoma, en relación con su derecho fundamental	15	35	45	46	64	60
Omisión de la protección especial a personas con sida, en relación con su derecho fundamental a la salud	12	18	10	17	23	31
Omisión de la protección especial a personas con VIH, en relación con su derecho fundamental a la salud	12	15	8	16	16	27
Total	119	260	326	400	508	682

Fuente: Dirección Nacional de Trámites y Quejas, Defensoría del Pueblo

En lo que tienen que ver con las conductas presuntamente vulneradas por las Entidades Promotoras de Salud sobre el derecho a la salud y que ponen en riesgo la vida de los pacientes la que mayor quejas recibe la entidad promotora de salud son las que se relacionan con la omisión de la protección especial a personas con cáncer, seguidas por la omisión de la protección especial a personas con enfermedad renal, así como en lo que está conexo con la omisión de la protección especial a personas con enfermedad lisosoma y finalmente con la omisión de la protección especial a personas con sida y VIH.

Es de mencionar que este tipo de pacientes requieren de tratamientos y procedimientos de medicina especial y que cuando se les niega, demora y no se les agiliza los servicios médicos que garanticen la calidad de vida ponen en riesgo su existencia y se le vulnera la dignidad humana.

La legislación colombiana protege el Derecho a la Salud, teniendo en cuenta tres aspectos muy importantes que tienen que ver con la relación del derecho a la vida, así como el derecho a la integridad de la persona y finalmente con el derecho a la dignidad humana del paciente y de los usuarios que requieren y solicitan acceso a los servicios de salud.

Por lo tanto, todos pacientes gozan de una especial protección de sus derechos fundamentales ligados con el derecho a la salud. Esto teniendo en cuenta que gozar de buena salud, está conectado con la calidad de vida, por lo que se le debe brindar con un sentido integral constituyéndose la salud en unos de los pilares más importantes y relevantes en cualquier sociedad, y para de esta manera tener ciudadanos dignos en la construcción equitativa e igualitaria en servicios justos, oportunos y eficaces para todos por igual.

5.2. Derecho de petición para acceder a procedimientos en salud

Los procedimientos médicos son uno de los temas que mayor relevancia cobran en la prestación del servicio de salud que por aspectos legales deben ser brindados a los pacientes de las EPS, en las condiciones necesarias de forma oportuna.

En la sentencia T-859 de 2003 de la Corte Constitucional se expresa claramente que “la naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental”. Es evidente que muchas veces las EPS, incurren en la violación al derecho fundamental de la salud por la negación de los servicios que debe prestar, y que son vitales para los tratamientos de los pacientes, como se observa en el siguiente cuadro en cuanto a los relacionados con los procedimientos negados por estas entidades y que se convierten en importantes medios de solución.

Tabla 7.

Motivos específicos relacionados con procedimientos

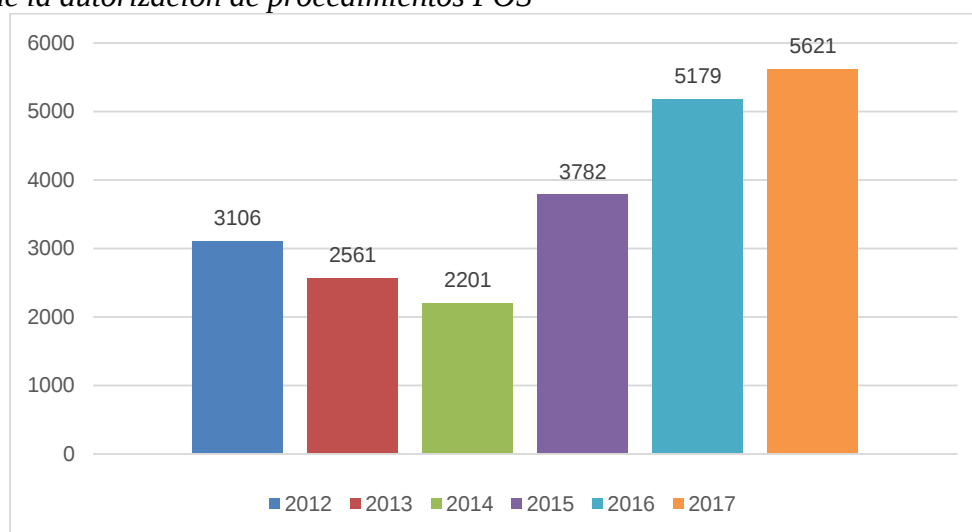
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
1	Demora de la autorización de procedimientos POS	3106	2561	2201	3782	5179	5621	22450
2	Falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos	1892	2672	2513	3727	5923	3563	20290
3	Demora de la autorización de procedimientos No - POS	1191	932	789	1152	1594	1972	7630
4	Demora en el reconocimiento de reembolsos (procedimientos u hospitalización)	507	480	451	534	913	847	3732
5	Negación de la autorización de procedimientos POS	480	312	237	231	370	337	1967
6	Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No – POS	280	379	243	304	173	91	1470
7	Negación de la autorización de procedimientos No - POS	364	203	145	150	238	242	1342
8	Negación para la programación y/o realización de procedimientos quirúrgicos	106	81	116	213	426	366	1308

9	Negación en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No – POS	59	87	48	82	87	35	398
10	Falta de reconocimiento de reembolsos (procedimientos u hospitalización)	1	1	86	68	98	112	366
11	Falta de contratación para la prestación de procedimientos y/o servicios de alto costo	20	34	27	8	6	37	132
12	Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No - POS de enfermedades raras o huérfanas	13	23	6	19	29	8	98
13	Negación de la autorización de procedimientos No - POS para enfermedades raras o huérfanas	4	1	3	4	24	22	58
14	Incumplimiento en definición de procesos y procedimientos de gestión, operación y control de acciones de salud pública	1	1	1	3	4	1	11
TOTAL GENERAL		8024	7767	6866	10277	15064	13254	61252

Fuente: Superintendencia de salud, información brindada mediante derecho de petición

Aunque en los años 2013 y 2014, hubo una disminución notable en el total de quejas presentadas con un porcentaje correspondiente de 3,19 % y 11,60%, a partir del año 2015 aumentó considerablemente los motivos relacionados con procedimientos médicos, lo cual evidencia una crisis ya que en total en los seis años 61.252 casos, tal como se observa en la tabla anterior.

Gráfico 1.
Demora de la autorización de procedimientos POS

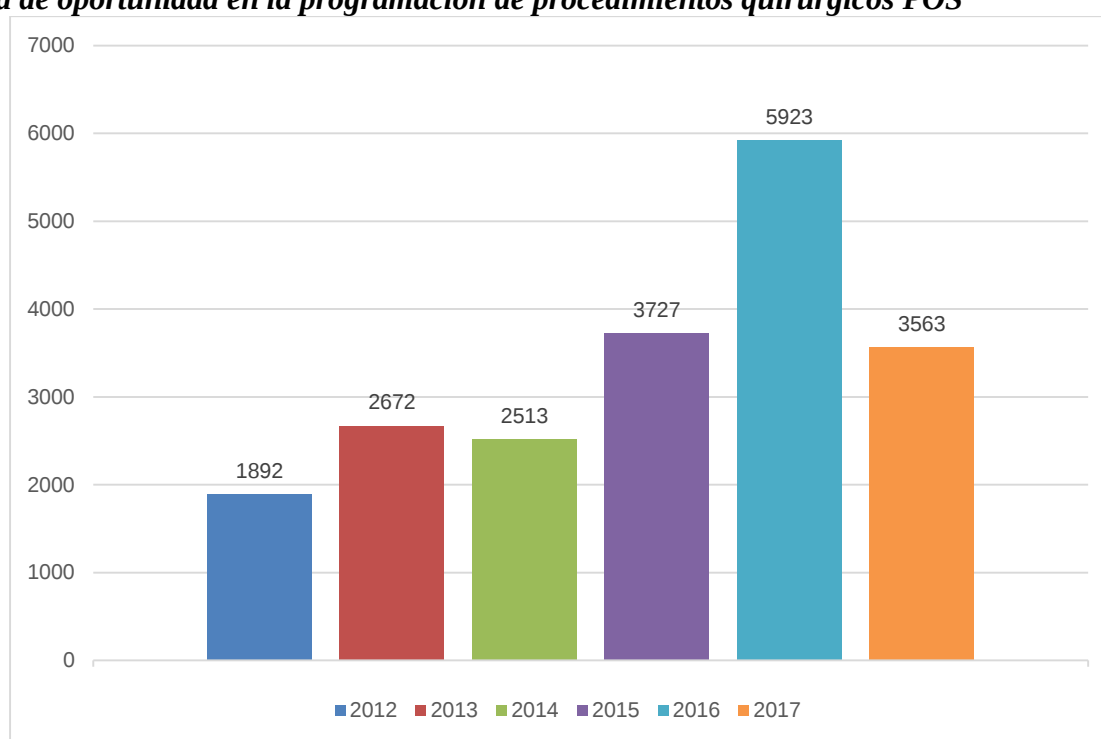


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

De acuerdo con el MinSalud (2012), se tuvo en cuenta que las EPS, tanto en mediciones objetivas como los tiempos para autorización de procedimientos o los tiempos perdidos por el paciente por haber enviado a evaluación por Los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) que estaba incluido en el POS. De acuerdo con el primer gráfico, en los dos primeros años de estudio hubo una disminución de 17.55% y 14.06%, pero luego aumentó en un 71.83 %, 36.94 % y 8.53 % respectivamente.

Gráfico 2.

Falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos POS

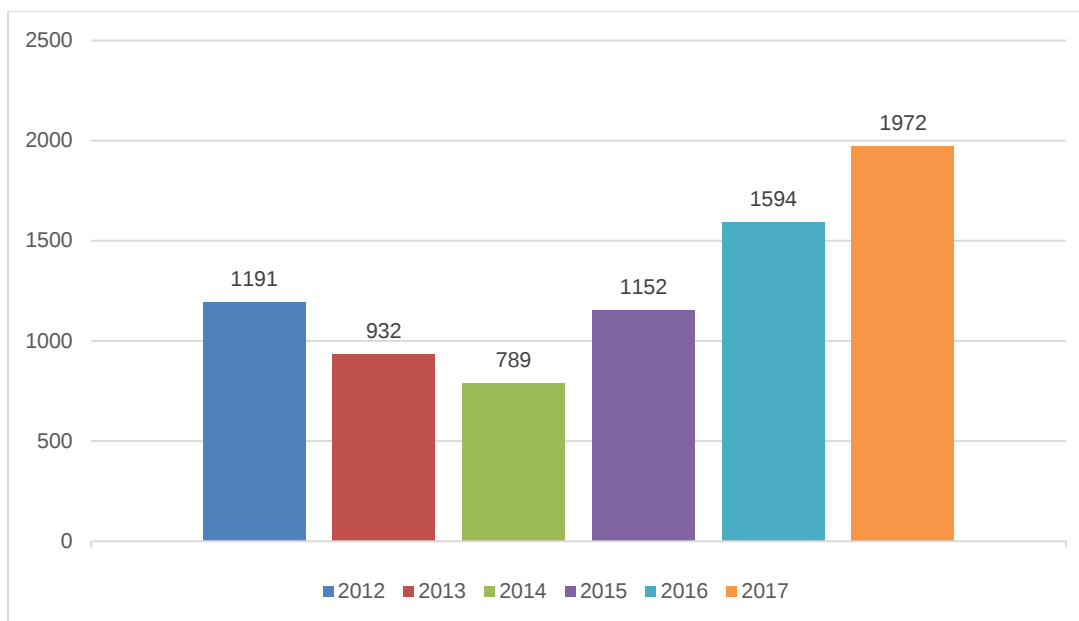


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Respecto a la demora de la autorización de procedimientos POS, en el 2013 hubo un aumento bastante considerable de 41.23 %, mientras que en el 2014 disminuyó en 5.95 %, pero de nuevo los años 2015 y 2016 aumento nuevamente en un 48.31 % y 58.92 %

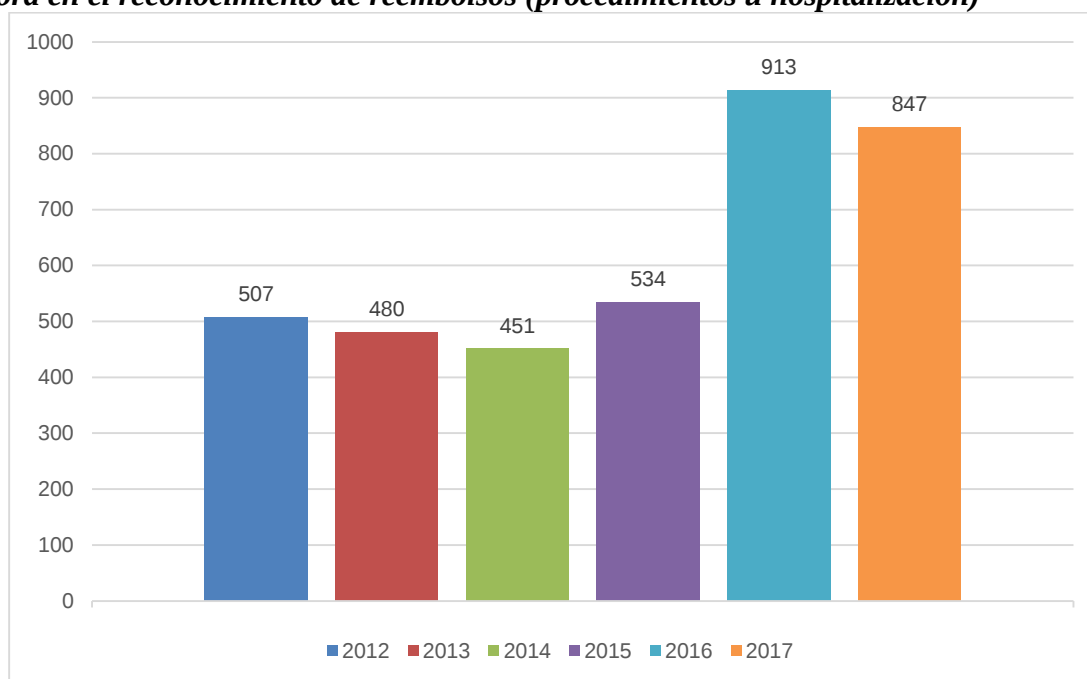
correspondientemente, y en el 2017 disminuyó en un 39.84 % respecto al año anterior; lo que evidencia la responsabilidad de las EPS en muchos de los casos de las quejas ante la Supersalud.

Gráfico 3.
Demora de la autorización de procedimientos No - POS



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

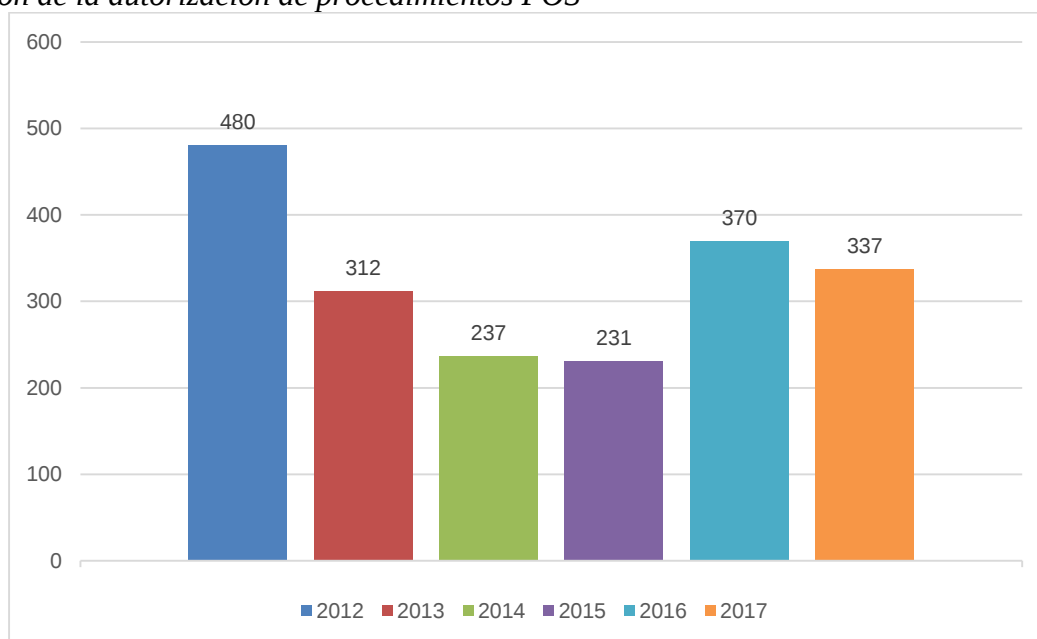
En lo relacionado con procedimientos No – POS la demora de las autorizaciones no es diferente ya que los dos primeros años disminuyó en un 21.75 % y 15.34 %, pero en los años siguientes (2015- 2017) se incrementó notablemente en un 46,01 %, 38.37 y 23.71 respectivamente. Lo que evidencia que este periodo fue crítico en las autorizaciones de los procedimientos por parte de las EPS, y que según el MinSalud (2012), estas entidades se “niegan a autorizar oportunamente servicios de salud”, lo que evidencia un total de 7.630 casos en el periodo comprendido entre 2012 y 2017.

Gráfico 4.***Demora en el reconocimiento de reembolsos (procedimientos u hospitalización)***

Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Los pacientes afirman que muchas veces en las EPS les dicen que cancelen los servicios que se les reembolsará el costo de los procedimientos con los soportes, por lo que la demora y las quejas respecto a este tipo de quejas en los dos primeros años disminuyó 5.33 % y 6.04 % respectivamente, aunque en los dos años subsiguientes incrementó considerablemente en 18.40% y 70.97, en el último año decreció 7.23 % respecto al año inmediatamente anterior.

Gráfico 5.
Negación de la autorización de procedimientos POS



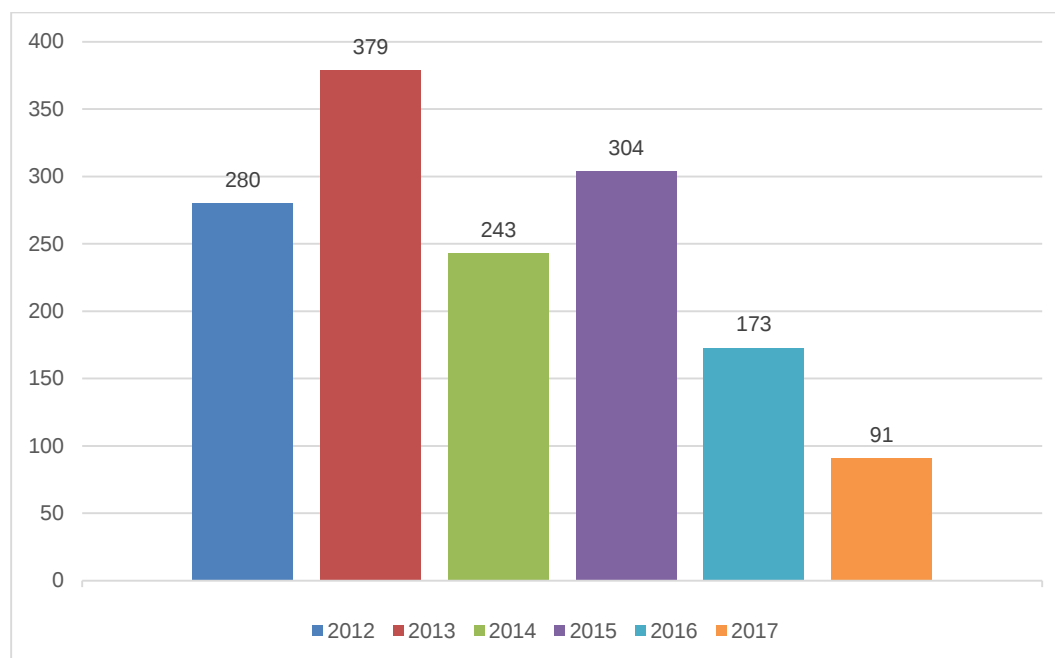
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Frente a la negación de autorización de procedimientos POS, los tres años disminuyeron, aunque en el último periodo la disminución fue mínima, por lo que los datos se evidencian en 35 %, 24.04 % y 2.53 % respectivamente para los tres primeros años de estudio; pero en el año 2016 aumentó 60.17 % y nuevamente en el 2017 respecto al año 2016 bajo 8.92%.

Briceño y Vega (2011, pág. 76) argumentan que en “criterio del Ministerio, la acción de tutela y el derecho de petición se han convertido en un instrumento de uso necesario para el logro de la prestación del servicio de salud, en mayor porcentaje en las enfermedades de alto costo, lo que hace pensar la ausencia de cobertura universal, la existencia de barreras de acceso tales como autorizaciones y períodos de carencia y las diferencias persistentes en los contenidos de los planes de beneficio”.

Gráfico 6.

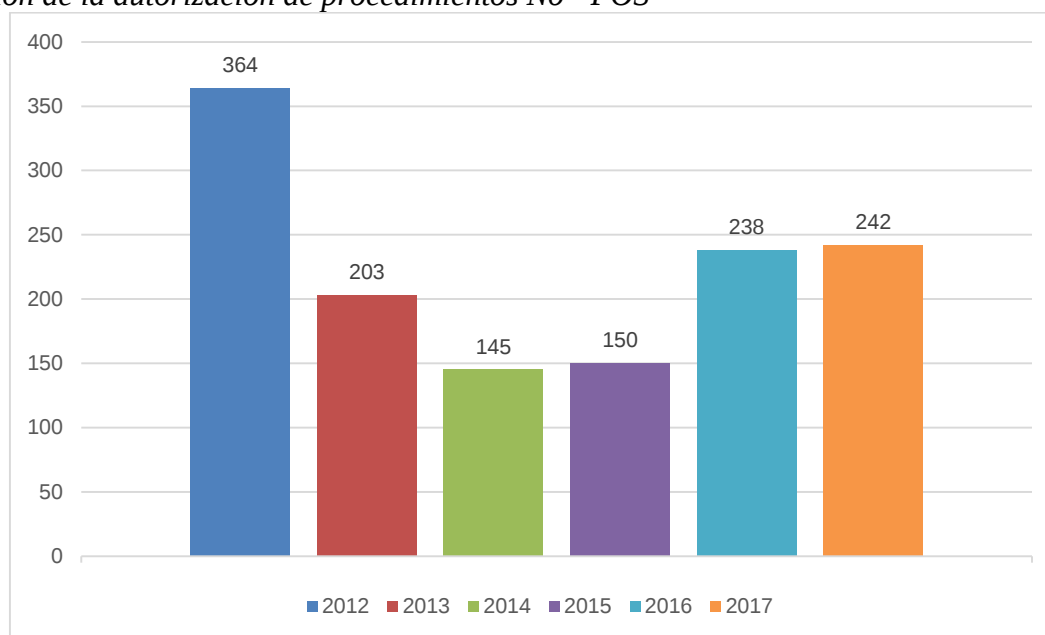
Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No - POS



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

La falta de oportunidad significa que a los pacientes se les imponen condiciones para la prestación de servicios, al respecto en el 2013 hubo un incremento del 35.36 %, en el 2014 disminuyó en un 35.88 y en el 2015 volvió a aumentar significativamente en un 25.10 %, y nuevamente en el 2016 y 2017 disminuyó 43.09 % y 47.40 % respectivamente; teniendo un total de 1470 quejas ante la Supersalud. Esto evidencia que muchas veces las trabas y las condiciones para la prestación de los servicios de salud están condicionadas por las EPS.

Gráfico 7.
Negación de la autorización de procedimientos No - POS

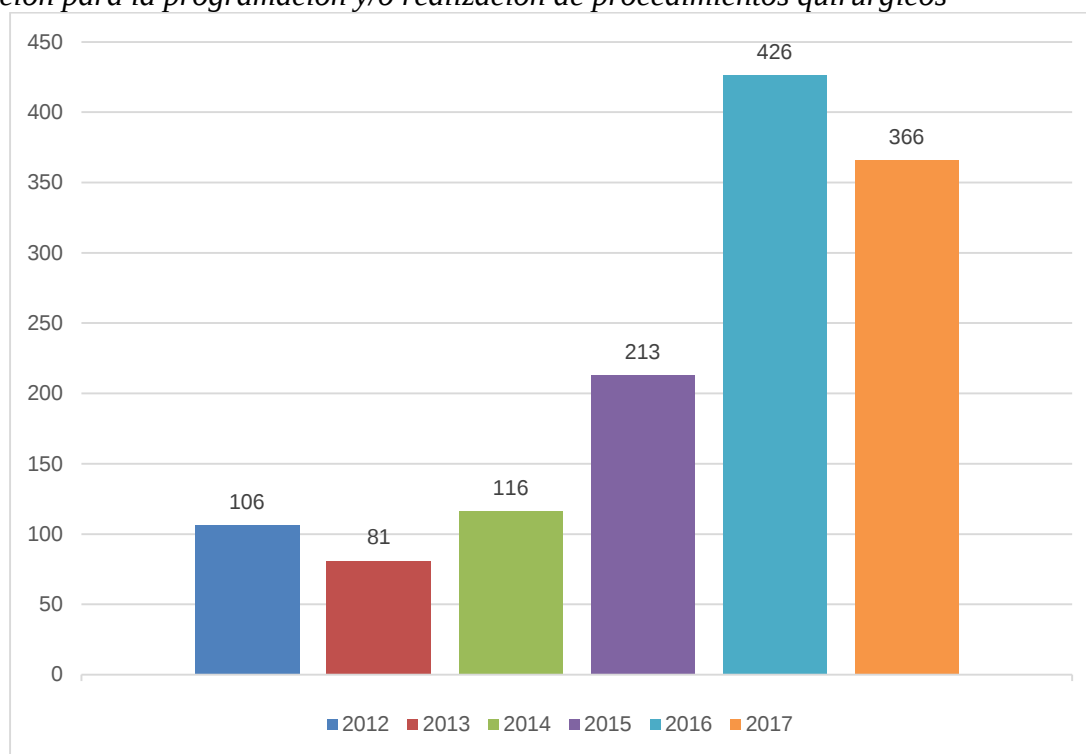


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Desde el análisis del gráfico 7, se puede ver que evidentemente es uno de los pocos ítems que tiene descenso en los porcentajes, por lo que se muestra que los dos primeros años disminuyó 44.23 %, 28.57%, aunque en el siguiente año aumentó 3.45 %, en el año 2016 aumentó drásticamente en un 58.67 en relación al 2015 y en el 2017 aumento tan solo 1.68 % frente al año anterior, lo que indica que se mantuvo en un nivel bastante bajo frente al año de estudio, el 2012.

Por otro lado, Briceño y Vega (2011, pág. 77) plantean que “la negativa continuada, principalmente, en garantizar el acceso a los servicios de salud, cuya continuidad debe estar garantizada en su carácter de servicio público, generando un desequilibrio evidente en la relación de salud (asegurador-asegurado) y un desespero ciudadano en recibir una pronta solución a un padecimiento”.

Gráfico 8.
Negación para la programación y/o realización de procedimientos quirúrgicos



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Por otro lado, en el gráfico 8, en lo relacionado a la negación para la programación y/o realización de procedimientos quirúrgicos, se logra un análisis totalmente opuesto al anterior, aunque en el primer año, el 2013, hubo una disminución del 23.58, en los dos años posteriores hubo un aumento bastante notable respecto a los años inmediatamente anteriores del 43.21 % y 83.62 para los años 2014 y 2015, y en los dos años posteriores subió súbitamente el porcentaje de casos 100 % y 96 % en relación al año 2015.

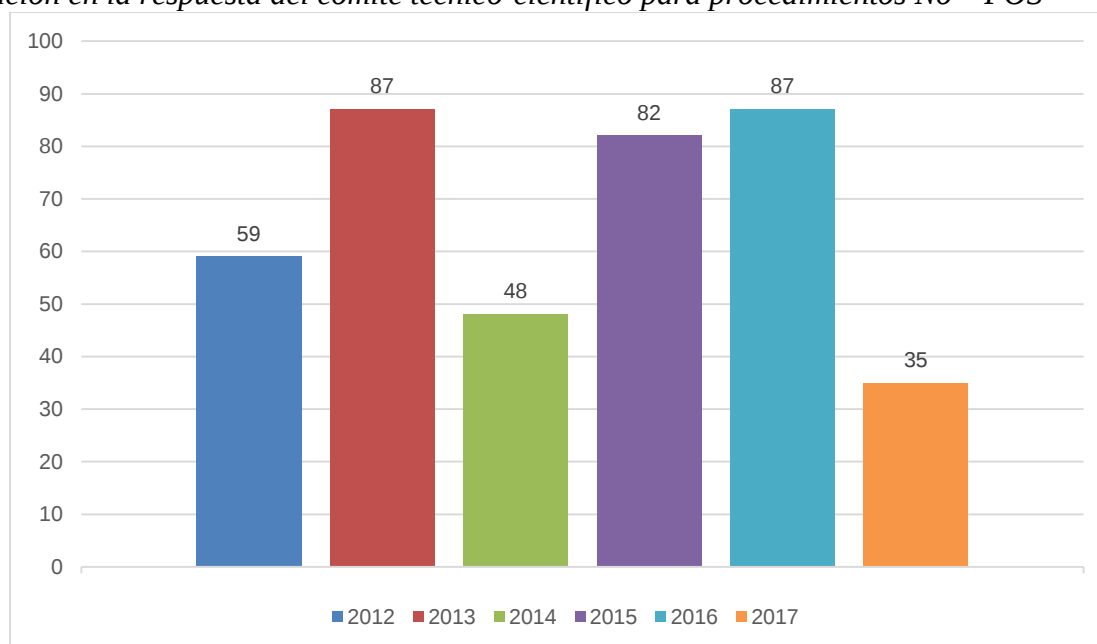
Desde este punto, en lo planteado por Briceño y Vega (2011, pág. 15) la práctica de la medicina defensiva, que hace referencia al temor de los médicos por querer apartarse de intervenciones y procedimientos quirúrgicos que los puedan comprometer en una responsabilidad, perdiendo éstos el amor por la profesión. También argumentan que esa práctica

se ha llevado en Colombia, porque si hay posibilidad de no realizar el procedimiento, tanto mejor para los intereses gananciales de la empresa, sin importar la salud y vida del paciente.

La negación sin justa causa de la prestación de los servicios de salud básicos y requeridos inmediatamente, ocasionan un daño para el grave estado de salud del individuo, lo cual contraría los principios establecidos en la Constitución Política de 1991, por lo cual no debe ser permitido por las autoridades de control y por el Estado colombiano. Díaz y Arrieta (2012, pág. 30) explican que es “constante en que la Corte Constitucional señale que no se puede negar la atención a una persona cuando está de por medio el mínimo vital o existe una relación de conexidad entre la prestación y un derecho fundamental”.

Gráfico 9.

Negación en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No – POS

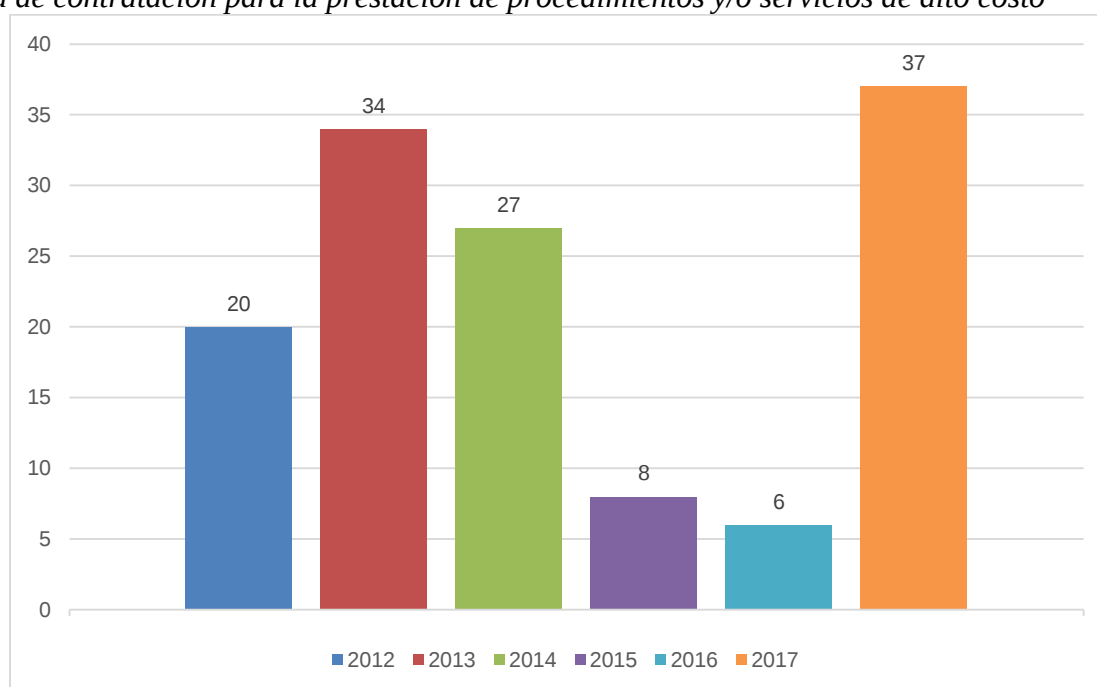


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

También, podemos ver que en lo que tiene que ver con la negación en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No – POS, hay una variación bastante disímil en el gráfico 9, respecto al año 2012, en el periodo del 2013 hubo un aumento del 47.46 %, en el año 2014 disminuyó un 44.83 % respecto al ciclo anterior, pero nuevamente en el 2015 y 2016 aumento considerablemente en un 70.83 % y 6.10 % respectivamente y en el año 2017 bajo drásticamente en un 59.77 %.

Gráfico 10.

Falta de contratación para la prestación de procedimientos y/o servicios de alto costo



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Otro aspecto bastante importante es la falta de contratación para la prestación de procedimientos y/o servicios de alto costo por parte de las EPS, tal como se muestra en el gráfico 10, aunque en el primer ciclo creció levemente en un 30 % respecto al 2012, en el 2014 disminuyó 20.59% respecto al año anterior, en el año 2015 con una deducción relevante del 70 %, lo que indica que cada año en este periodo había mejorado considerablemente la prestación de

este tipo de servicios, porque en el año 2017 nuevamente aumentó drásticamente en un 516.67 % equiparándose en casos un poco mayor al primer año de estudio.

Briceño y Vega (2011, pág. 15), asimismo dicen que “acorde con los requerimientos de la medicina moderna, y de la misma manera, contratar personal especializado en las diferentes ramas de la medicina, pues es evidente que, con los traslados en busca de personal capacitado y especializado, se pierde tiempo valioso que puede dar una oportunidad de vida”.

De acuerdo con Ruiz (2004, pág. 199), “la relación médico–paciente está reglada por un expreso acuerdo de voluntades, mediante el cual el médico queda comprometido, generalmente por una obligación de medios a empeñar todo su conocimiento, destreza y juicio clínico”. Pero en muchos de los casos como lo acabamos de ver en los datos suministrados por la Supersalud, esto no se cumple a cabalidad porque hay muchos inconvenientes como los expuestos anteriormente en cada uno de los gráficos.

Adicionalmente, Ruiz (2004, pág. 200) también menciona que “el cuidado del paciente se convierte para la institución en una verdadera obligación de resultado, debiendo ser exigente consigo misma y con todo el personal bajo su cargo, a fin de asegurar la calidad en la prestación de servicios médicos a todos los usuarios”. Pero evidentemente esto no se cumple para las EPS, que muchas veces niegan, se rehúsan o ponen trabas a los pacientes para cumplir con las obligaciones que tienen con el paciente y la sociedad.

Finalmente, Ruiz (2004, pág. 203) de igual modo dice que “el Consejo de Estado, en reciente jurisprudencia, consideró a la actividad médica como una relación jurídica compleja, indicando con esto que ya no se deberá circunscribir a una simple obligación de medio, sino que para derivar la responsabilidad a cargo de los médicos tocará analizar los procedimientos realizados de una manera integral y no aislada”. Pero las EPS, dilatan los procedimientos de los

médicos ya que lo previsto y lo establecido en el consultorio en gran medida condicionan a las autorizaciones y los protocolos de cada uno para no brindar con eficacia y eficiencia los procedimientos necesarios en la prestación de los servicios de salud.

5.3 Derechos de petición para procesos relacionados con medicamentos

Un aspecto de gran crisis en el sistema de salud colombiano es el problema con los medicamentos, cuando no los cubre el mismo sistema son demasiado inaccesibles para los pacientes por su alto costo, y las quejas constantes de los pacientes es que los galenos lo único que formulan son medicamentos que se han convertido en muy comunes y de fácil acceso como acetaminofén, ibuprofeno, naproxeno, para cualquier tipo de cita médica que se tiene.

Sumado a esto también, está el problema del tiempo en las citas médicas, en las cuales con contados veinte (20) minutos el médico debe atender al paciente y estar a contra reloj para cumplir con la agenda médica que tiene durante el turno de trabajo.

Tabla 8.

Motivos específicos relacionados con medicamentos

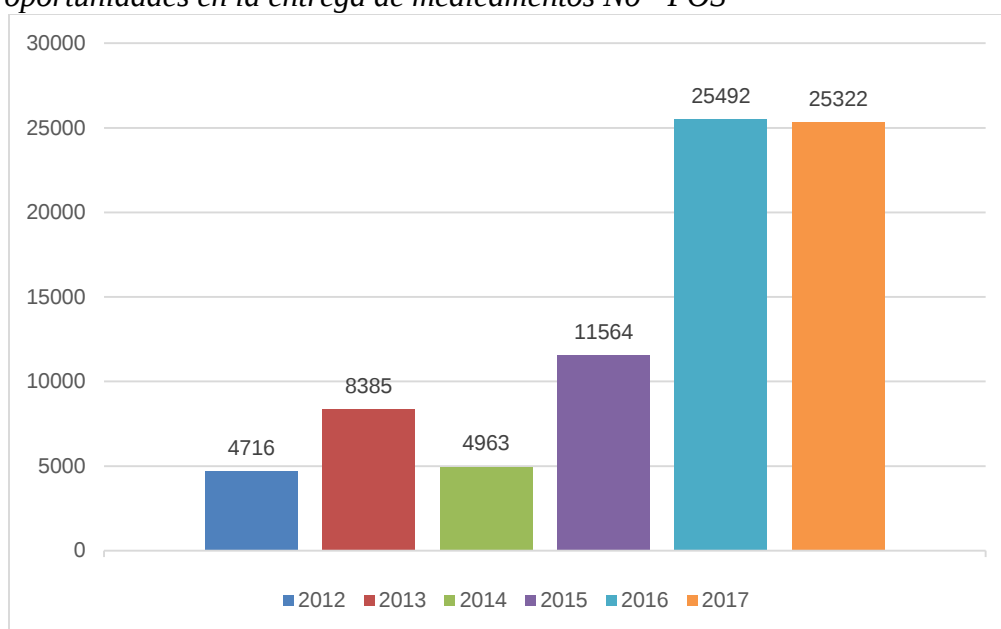
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
1	Falta de oportunidades en la entrega de medicamentos No - POS	4716	8385	4963	11564	25492	25322	80442
2	Falta de oportunidades en la entrega de medicamentos POS	4335	5697	4709	12330	17937	15988	60996
3	Demora de la autorización de medicamentos No - POS	2512	3012	3862	4944	5060	10425	29815
4	Negación para la entrega de medicamentos No - POS	1092	1316	1388	3474	9396	9819	26485
5	Negación para la entrega de medicamentos POS	1004	1104	1159	2782	6366	6182	18597
6	Demora de la autorización de medicamentos POS	1018	730	1133	1700	1651	3814	10046
7	Negación de la autorización de medicamentos No - POS	744	686	849	751	1262	1329	5621

8	Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No - POS	582	712	716	872	306	164	3352
9	Falta de oportunidad por fraccionamiento o entrega incompleta de los medicamentos	665	809	479	927	975	1316	5171
10	Negación de la autorización de medicamentos POS	301	197	207	179	341	322	1547
11	Negación en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No - POS para enfermedades raras	112	194	142	197	111	509	1265
12	Demora en el reconocimiento de reembolsos de medicamentos	135	103	79	97	254	385	1053
13	Falta de oportunidad en la autorización de medicamentos, servicios médicos, y prestaciones de salud No - POS por la delegación al usuario del trámite de prestación ante Los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres)	107	29	30	84	222	241	713
14	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas	58	21	13	41	196	234	563
15	Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No - POS de enfermedades raras o huérfanas	24	37	12	58	65	6	202
16	Demora de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas	33	13	26	29	194	177	472
17	Negación para la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas	8	5	10	32	190	34	279
18	Fraccionamiento en el cobro para la entrega de medicamentos	16	12	10	15	31	17	101
19	Fallas en el manejo, almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos	29	4	5	12	15	15	80
20	Falta de reconocimiento de reembolsos de medicamentos	1	1	19	18	42	65	146
21	Falta de contratación para la entrega oportuna y continúa de medicamentos de alto costo	5	6	2	4	13	103	133
22	Negación de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas	3	3	1	8	8	7	30
TOTAL GENERAL		17500	23076	19814	40118	70127	76474	247109

Fuente: Superintendencia de salud, información brindada mediante derecho de petición

Gráfico 11.

Falta de oportunidades en la entrega de medicamentos No - POS



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

En el gráfico 11, se puede deducir que en el 2013 aumentó en 77.80 % la falta de oportunidades en la entrega de medicamentos No – POS en relación al año anterior, mientras que en el 2014 descendió considerablemente en 40.81%, pero nuevamente en los 2015 y 2016 el aumento es bastante marcado con un 133 % y 120.44 % respectivamente, en el 2017 disminuyó levemente en un 0.67%. Esto definitivamente permite ver que el tema de la dispensación de los medicamentos es bastante álgido.

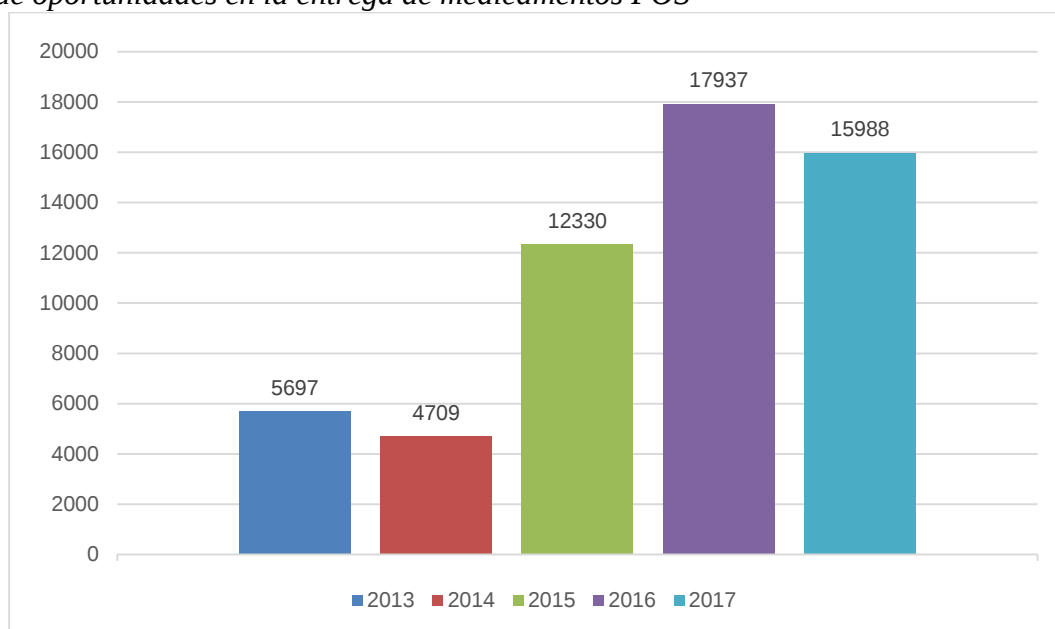
Martínez (2013) argumenta que “existe incumplimiento en servicios claves como medicamentos” por lo que el derecho de petición se ha convertido en la herramienta principal para solicitar la provisión oportuna de medicamentos. Desde este punto, el paciente debe recurrir a acciones legales para que se les brinde el servicio y no se les vulnere el derecho a la salud.

Díaz, T. y Arrieta, Y. (2012, pág. 13) explican que una prestación consistente debe yacer en suministrar atención médica relacionada con tratamiento médico terapéutico o quirúrgico,

medicamentos o cualquier prestación de salud en general; necesaria para mantener el estado de salud y recuperar el estado saludable de un individuo, que padece estado de enfermedad o síntomas evidentes de contraerla.

Gráfico 12.

Falta de oportunidades en la entrega de medicamentos POS



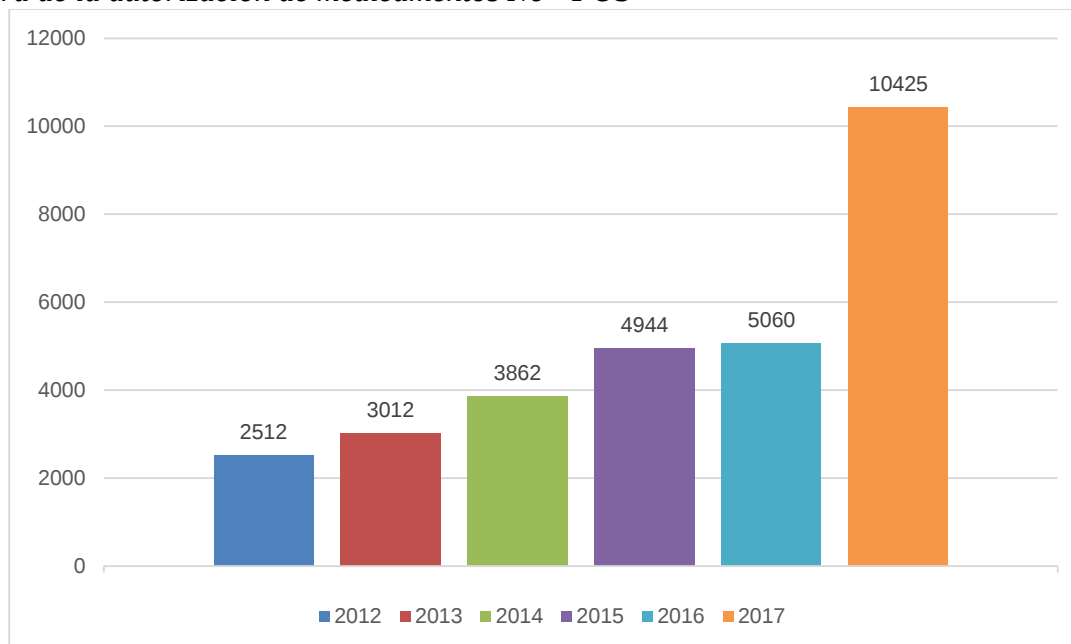
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Adicionalmente, la falta de oportunidades en la entrega de medicamentos POS, es un punto crucial en el que el derecho de petición se ha hecho muy vital, en el gráfico podemos ver que respecto al año 2012 los casos han ido en aumento notablemente, en el 2013 incrementó en un 31.42 %, y a pesar que en el 2014 disminuyó respecto al año anterior en un 17.34 % sigue siendo un alto nivel, pero en el 2015 se evidencia una aumentó bastante alto del 161.84 %, en el 2016 aumento nuevamente notablemente en 45.47 % y a pesar de que en el 2017 disminuye en 10.87 % el nivel de los casos es bastante alto. Todo esto convierte la falta de oportunidades en la entrega de medicamentos en otro aspecto que va en aumento cada vez más según los datos de la Supersalud.

Según el Diario El País, en el 2015 se identificó que el “deterioro en las infraestructuras, horarios no accesibles a los pacientes, largas filas y escasez de medicamentos son algunos de los problemas que se encontraron en dispensarios de muchas EPS que fueron sometidos a auditoría por parte de la autoridad de salud”.

Gráfico 13.

Demora de la autorización de medicamentos No - POS



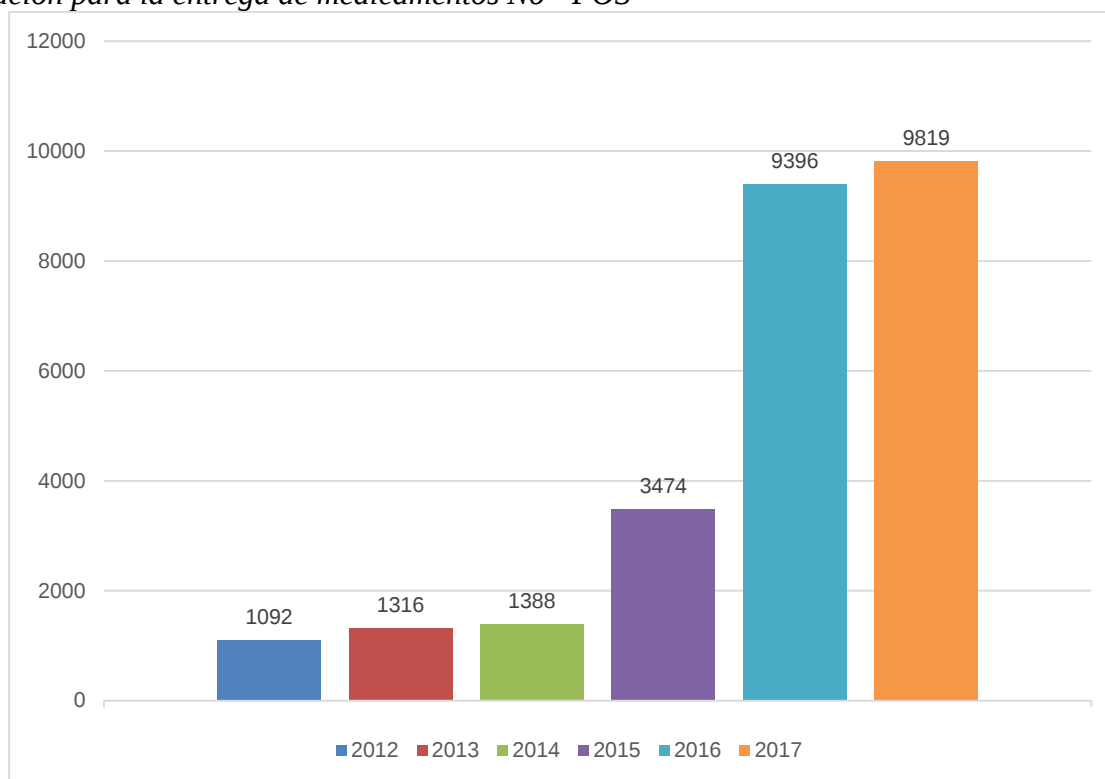
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

La demora en la autorización de medicamentos No – Pos, pero que son vitales para garantizar los tratamientos en los pacientes, se evidencia que el derecho de petición frente a las quejas ha ido en aumento en los años de estudio tal como se ve en el gráfico 13, con aumento considerablemente frente a cada periodo anterior con 19.90 %, 28.22 %, 28.02 %, 2.35 % y 106.03 % respectivamente. Incumpliendo las EPS los preceptos legales de énfasis en los requisitos para que proceda el otorgamiento de servicios médicos No POS por parte de las Entidades Promotoras de Salud; la obligación de proceder al suministro de medicamentos en forma oportuna, eficiente e integral; la relación existente entre el otorgamiento de servicios no

ordenados por el médico tratante y el derecho al diagnóstico y; por último, el reconocimiento del servicio de transporte como medio de acceso del derecho a la salud (Minsalud, 2014, pág. 10).

Gráfico 14.

Negación para la entrega de medicamentos No - POS



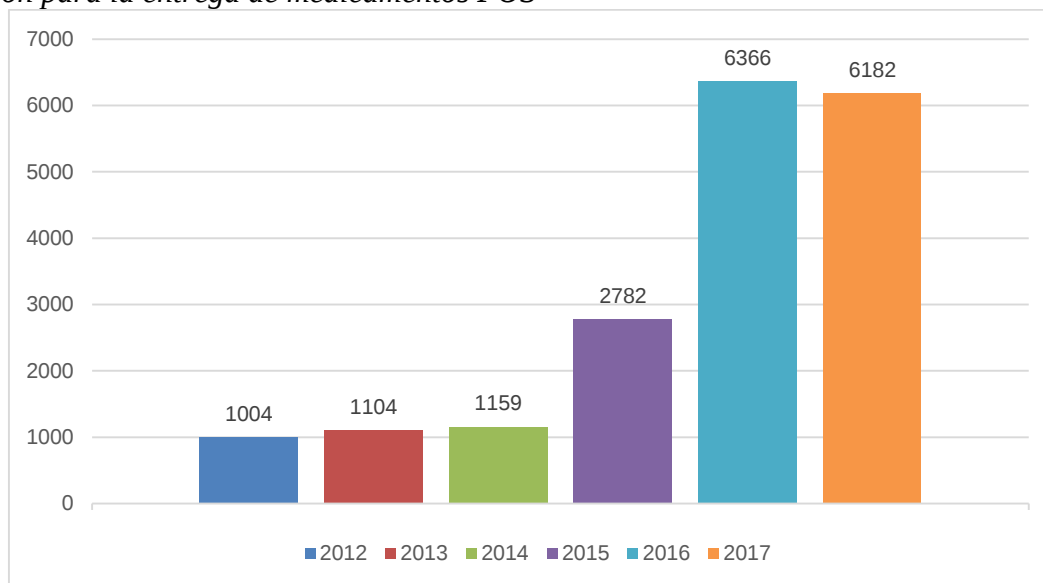
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

De acuerdo con Briceño y Vega (2011, pág. 74), en las EPS se “niegan los procedimientos y los medicamentos porque con eso adquieren mayores ganancias”. Al respecto en el gráfico 14 podemos ver que evidentemente el derecho de petición es importante en la entrega de medicamentos No - POS por lo que se puede ver que respecto a cada uno de los años anteriores el aumento es considerable por lo que en el primer año subió 20.51 % respecto al 2012, en el segundo año a pesar que solo ascendió a 5.47 % respecto al 2013, en el tercer año de análisis (2015) incrementó drásticamente en el 150.29 % los casos de derechos de petición presentados ante la Supersalud para garantizar suministro de medicina por parte de las EPS y en

los años posteriores creció en 170.47 % y 4.50 % respectivamente. Siendo los últimos dos años los más álgidos en cuanto a reclamos frente a medicamentos no – POS.

Gráfico 15.

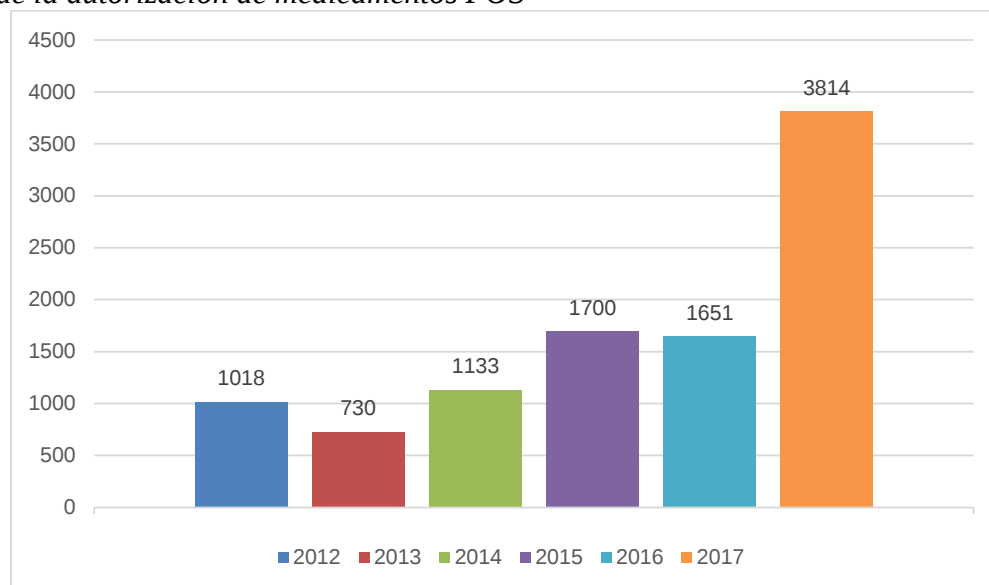
Negación para la entrega de medicamentos POS



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Briceño y Vega (2011, pág. 74), mencionan que el paciente debe invocar el derecho de petición, para que por intermedio de éstos, se les obligue a los promotores de salud a suministrar... el tratamiento médico adecuado. Ante la Supersalud en el gráfico 15, el derecho de petición ha sido importante cuando se le niega la entrega de medicamentos POS y cada año aumentó respectivamente frente al periodo inmediatamente anterior en 9.96 %, 4.98 %, 140.03 %, y 128.03 %, siendo el periodo comprendido entre los años 2015 y 2017 el más crucial en las quejas y reclamos de los pacientes ya que creció considerablemente no solo frente al año anterior sino también frente al año inicial de estudio a pesar de que en este último bajó levemente en 2.90 % frente al año anterior.

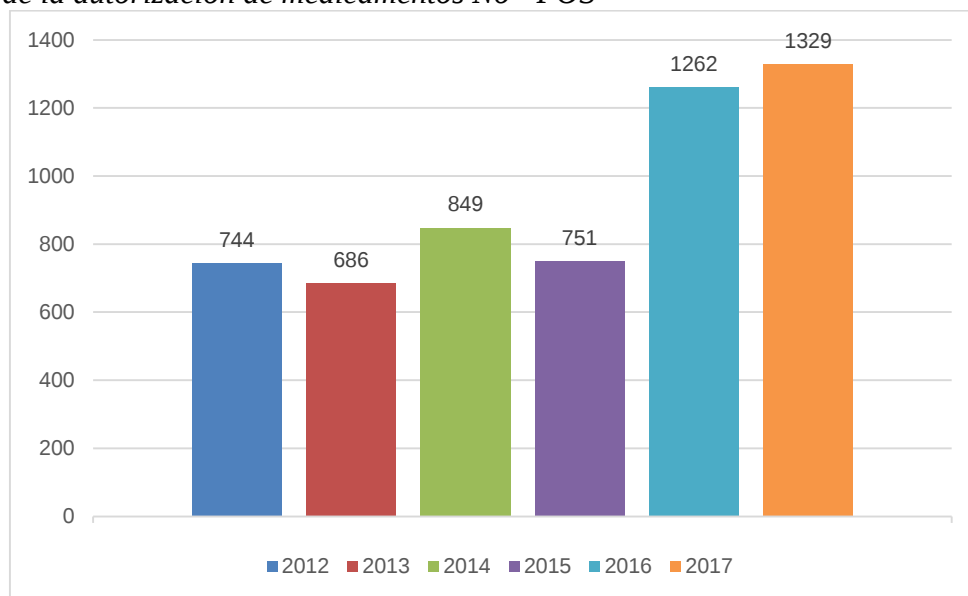
Gráfico 16.

Demora de la autorización de medicamentos POS

Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

De igual manera, Briceño y Vega (2011, pág. 77) plantean que la existencia de barreras de acceso tales como autorizaciones y períodos de carencia y las diferencias persistentes en los contenidos de los planes de beneficio. La demora en la autorización de medicamentos POS, se muestra en el gráfico 16, aunque en el 2013 respecto al 2012 hubo un descenso de 28.29 % en el 2014 aumentó 55.21 % en relación al año anterior. En el 2015 incremento drásticamente el uso del derecho de petición y quejas presentados a las EPS y la Supersalud para garantizar la entrega y suministro de la medicina en los procedimientos médicos, en un 50.04 %, y a pesar que en el año 2016 disminuyó 2.88 % en el año 2017 volvió a aumentar drásticamente en 131.01%. Esto definitivamente, logra establecer que estas vías son importantes a la hora de garantizar los derechos fundamentales de salud.

Gráfico 17.

Negación de la autorización de medicamentos No - POS

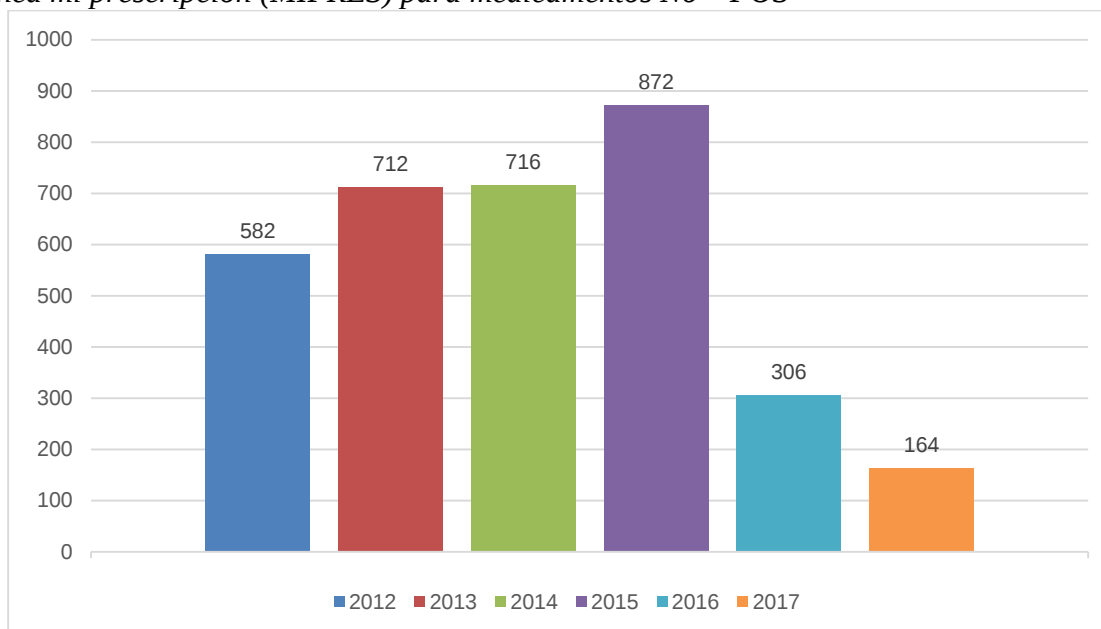
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

En lo que tiene que ver con la negación de autorizaciones de medicamentos No – Pos, está referenciado en el gráfico 15, en el que se puede ver que en el 2013 bajó el uso del derecho de petición en un 7.80 % ante la Supersalud, en el 2014 aumentó ampliamente en un 23.76 %, mientras en el 2015 descendió nuevamente en un 11.54 % frente al año anterior.

Muchas veces los medicamentos no – POS se constituyen en un recurso primordial para la preservación de la vida de los pacientes, por lo que en muchos casos se recurre al derecho de petición para garantizar el acceso a la medicina que es indispensable para la vida y la dignidad humana del paciente.

Gráfico 18.

Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico (CTC) actualmente aplicativo en línea mi prescripción (MIPRES) para medicamentos No – POS

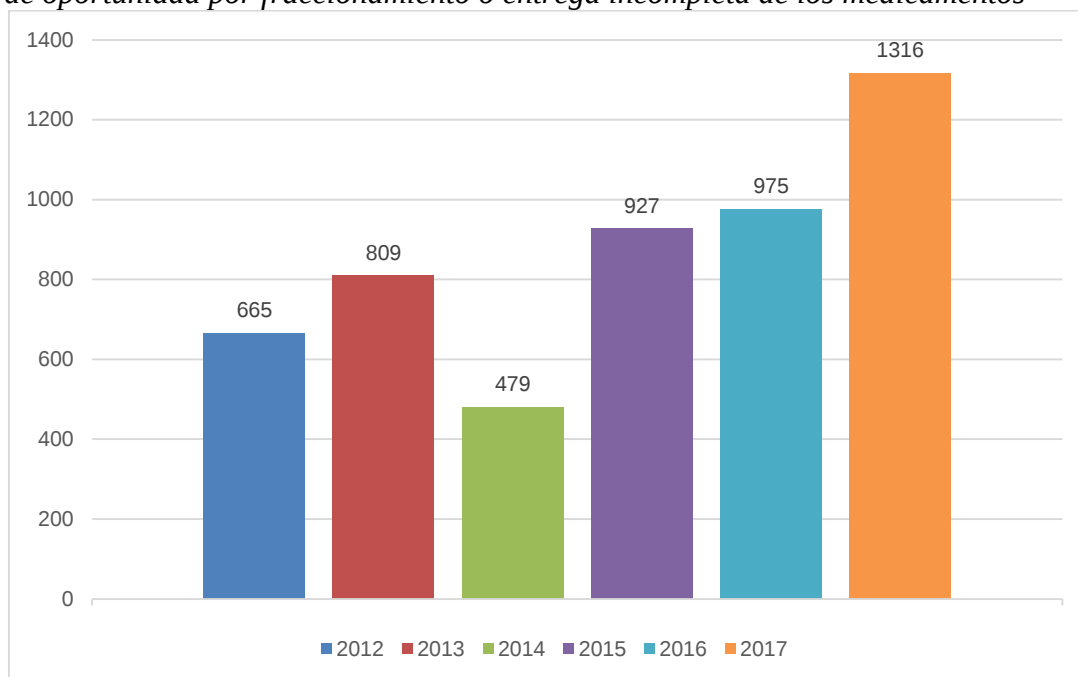


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Por otro lado, Minsalud (2015) especifica que “la Corte ha establecido que el suministro de medicamentos, al ser parte de la prestación del servicio de salud, debe hacerse con sujeción a los principios de oportunidad”. En los años de estudio del 2012 al 2015 aumentó cada uno en un 22.34 %, 0.56 y 21.79 % respectivamente por la falta de oportunidad los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) en la entrega de medicina. Pero en el 2016 y 2017 disminuyó bastante los casos al respecto con 64.91 % y 46.41 % respectivamente, lo que significa que hay un declive positivo en los niveles de atención en este aspecto.

Gráfico 19.

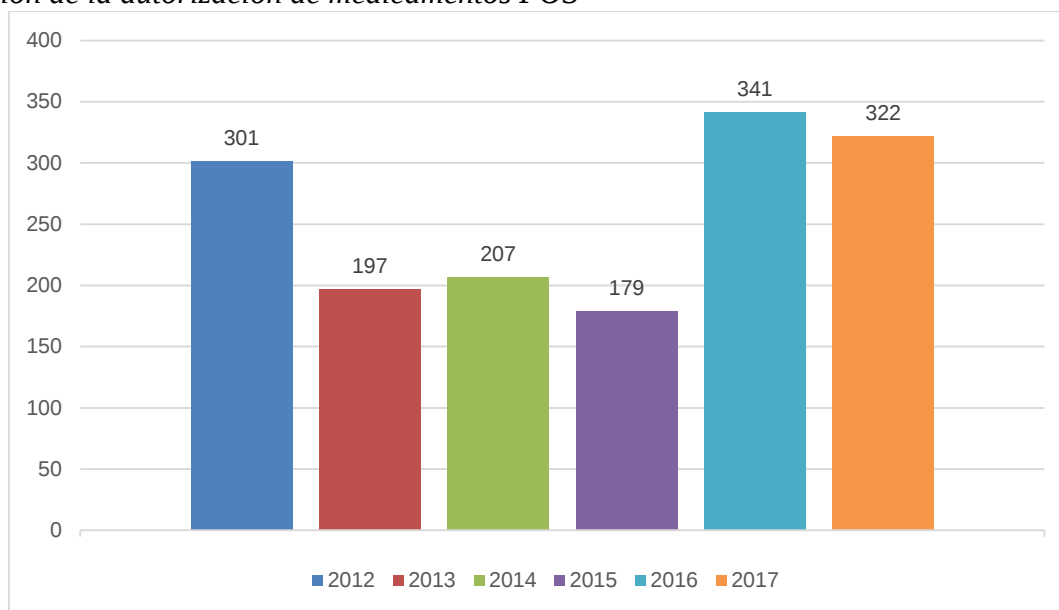
Falta de oportunidad por fraccionamiento o entrega incompleta de los medicamentos



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Otra de las quejas constantes de los pacientes de las EPS, es que no les entregan los medicamentos completos, que nunca hay abastecimiento suficiente incluso de medicamentos básicos y de formulación constante por los médicos. En el gráfico 19, se puede ver que las quejas mediante derecho de petición ante la Supersalud en el 2013 incrementaron 21.65 %, en el 2014 disminuyó en 40.79 %, mientras en el 2015 nuevamente aumentó drásticamente en un 93.53 %, en el 2016 aumento en 5.18 % y en el 2017 aumentó ampliamente en 34.97%.

Gráfico 20.
Negación de la autorización de medicamentos POS



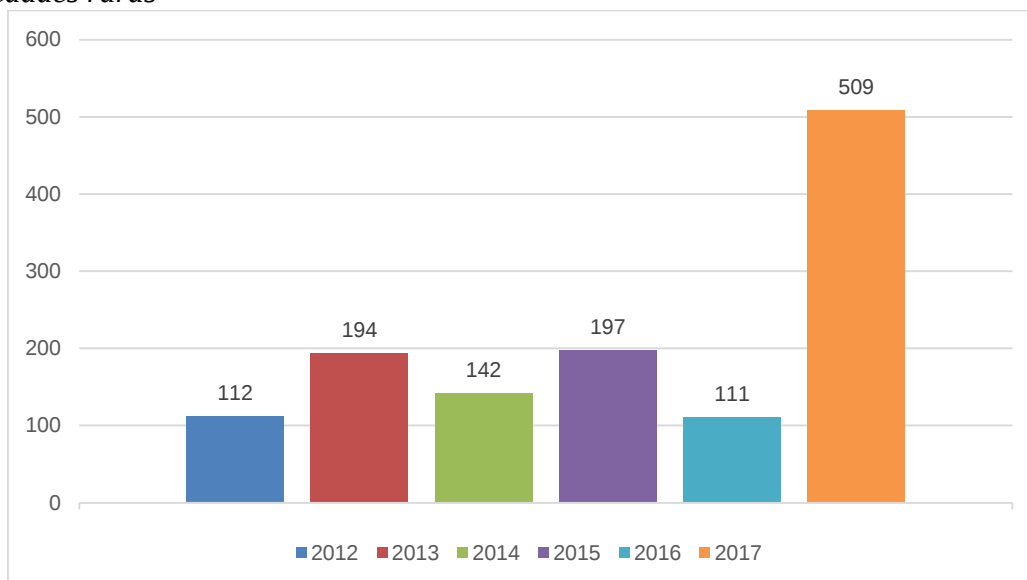
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Aun si los medicamentos ya están en un listado POS, los pacientes no se explican porque estos son denegados y no se les entrega de acuerdo a la formulación médica. En el gráfico 20, podemos ver que en el 2013 respecto al año anterior descendió en un 34.55 %, en el 2014 aumentó en 5.08 %, en el 2015 volvió a disminuir en un 13.53 %, en el año 2016 aumentó drásticamente el porcentaje con 90.50 % y en el 2017 hubo una leve disminución respecto al año anterior del 5.57 %. Pero es inexplicable que habiendo una lista legal se nieguen los medicamentos y servicios a los pacientes, estando aun autorizados para su entrega.

De acuerdo con Briceño y Vega (2011) en el “Acuerdo 228 de 2002, se clasifica los medicamentos que contempla el POS, pero sin detrimento de ser amparados los medicamentos que efectivamente recomiende el médico tratante que debe ser suministrado para garantizar la salud del paciente”.

Gráfico 21.

Negación en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No – POS para enfermedades raras



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Además, en Los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres), la negación de los medicamentos No – Pos se presenta notablemente y el derecho de petición se ha convertido en la herramienta para solicitar la revisión de los procesos médicos y se pueda acceder a los servicios de medicina. El gráfico 21, presenta que en el 2013 aumentó en 73.21 % lo cual es bastante marcado, en el 2014 descendió 26.80 %, en el 2015 volvió a aumentar en un 38.73 %, de igual modo en el 2016 volvió a disminuir 43.65 % y en el 2017 subió en un 358.56 % los casos presentados.

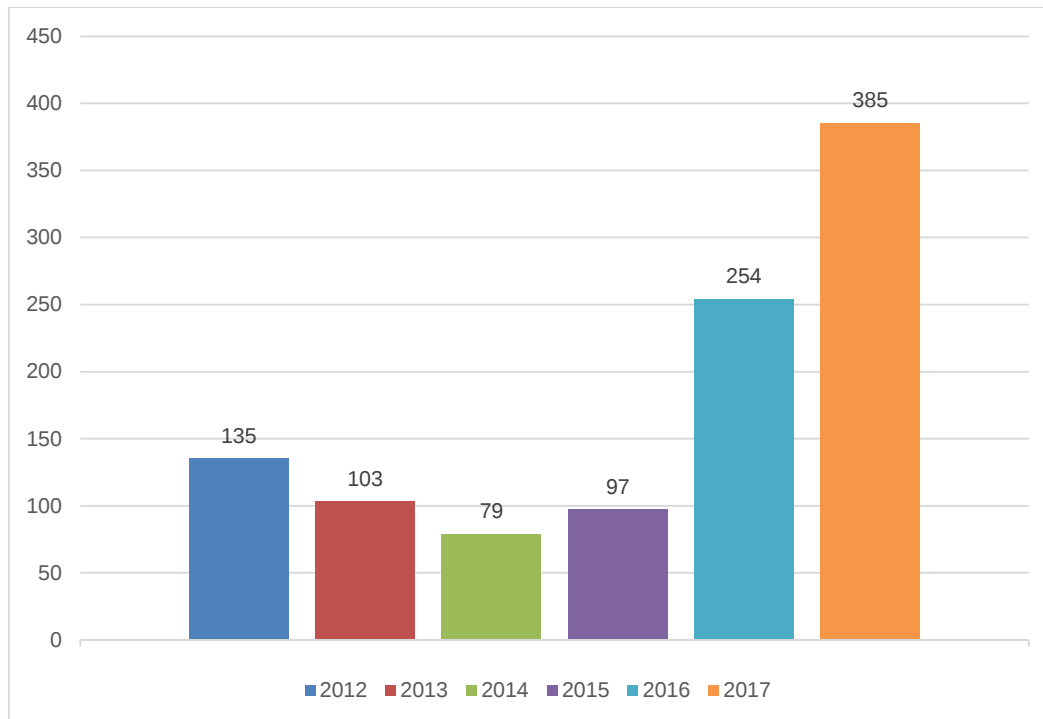
Por otro lado, Briceño y Vega (2011) mencionan que “aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, se llaman complicaciones y cuando son por reacciones idiosincráticas a los medicamentos de los pacientes, se deben llamar reacciones adversas”.

Aunque el número de enfermedades raras no es alto en el país, se presentan con tratamientos y procedimientos que requieren especial atención, así como de la necesidad de

atención médica que le garantice a los pacientes calidad de vida digna. Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que este tipo de enfermedades no presentan estudios investigativos para su adecuado tratamiento médico, así como muchas veces requiere de medicamentos especiales que les brinde dignidad humana a los pacientes.

Gráfico 22.

Demora en el reconocimiento de reembolsos de medicamentos



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

En el gráfico 22, se puede ver lo que respecta a la demora en el reconocimiento de reembolsos de medicamentos, aunque los casos son pocos presentados por medio de derecho de petición, estos no deberían formularse por ningún motivo. En el 2013, descendió 23.70 % frente al 2012, en el 2014 nuevamente bajó en un 23.30%, lo que significa que en dos años los casos se redujeron a casi la mitad, pero en el 2015 volvió a haber un aumentó frente al año anterior en un 22.78 %, en el 2016 aumento drásticamente en un 161.86 % y en el 2017 en 51.57 %. Por lo que respecta al año inicial en relación al último año de estudio se duplicaron los casos presentados.

Martínez (2013) menciona que “es posible encontrar enormes falencias en la prestación de los servicios, incluso franco incumplimiento respecto a los contenidos del POS, especialmente en cuanto a la entrega de medicamentos a los afiliados”. Estos casos están asociados a la falta de oportunidad, demora en la entrega, falta de abastecimiento en las farmacias de las entidades prestadoras, negación de la solicitud, entre otros; esto definitivamente sumado a que los pacientes muchas veces no colocan la queja ante las entidades gubernamentales pertinentes con el fin de garantizar la prestación y dispensación de los medicamentos que se les ha formulado. Por otro lado, es evidente que existe una crisis en aumento debido que a muchos pacientes se les deja pendientes o nunca son entregados.

5.3 Derechos de petición por motivos específicos relacionados con medicina especializada

Otro de los problemas graves es la deficiencia de especialistas, por lo que las EPS muchas veces no pueden asegurar la prestación del servicio de este tipo de manera eficiente, y las citas se demoran mucho tiempo y difícilmente hay agenda para la atención adecuada. Si se analizan los datos de las tablas evidentemente se ve que es en este tipo donde el derecho de petición, y las vías gubernamentales como la tutela en general son el único recurso para acceder al servicio.

Camacho et al (2014, pág. 16) plantean que “la medicina especializada en Colombia, una aproximación diagnóstica con el cual quedó al descubierto un problema sobre el cual las diferentes entidades no se habían manifestado”. Es evidente el problema tan grave que existe en el país frente a este tema, pero lo más grave es que quizá no existe voluntad de ningún ente en solucionarlo y menos del gobierno.

Obviamente, hay una gran deficiencia de médicos especializados en algunas ramas de la medicina en el país, y las EPS no han podido suplir las necesidades que se presentan en los

pacientes y en los usuarios. Muchos son los casos en las necesidades y quejas que se presentan en cuanto a requerimientos de medicina especializada, en el periodo de estudio del año 2012 al año 2017 se presentaron 489.570 peticiones presentadas ante la Supersalud, lo cual es un alto nivel.

Es evidente que el Estado tiene que hacer algo al respecto y buscar las formas de incentivar que se especialicen los médicos en ramas que requiere la salud del país, especialmente en temas como cardiología, medicina interna, pediatría, gastroenterología, ginecología y obstetricia. El alto número de quejas, reclamos y peticiones por la falta de especialistas dan cuenta de una deficiente y carente medicina especializada en el país. La necesidad en estos temas puede en algún momento ser uno de los puntos más álgidos del sistema de salud colombiano.

Tabla 9.

Motivos específicos relacionados con medicina especializada

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
1	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	38164	53975	48660	62427	75257	77029	355512
2	Negación de la consulta de la consulta médica especializada de otras especialidades médicas	1904	1987	2134	2232	2517	2581	13355
3	Demora en la autorización de consulta médica especializada	5767	6121	6745	7326	8006	10770	44735
4	Negación de la autorización de la consulta médica especializada	756	856	965	988	1022	976	5563
5	Demora en la autorización de consulta médica sub - especializada	467	545	587	612	654	1270	4135

6	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de medicina interna	3412	5127	3760	3584	2938	3230	22051
7	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de pediatría	2410	2562	1827	1916	2289	1928	12932
8	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de ginecología	1255	1799	1240	2079	2529	2130	11032
9	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de cardiología	1091	1503	1364	1782	2076	2116	9932
10	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada gastroenterología	776	1730	1412	1187	1443	1292	7840
11	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de obstetricia	261	242	298	367	224	290	1682
12	Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada para enfermedades raras o huérfanas	138	22	30	41	291	279	801
TOTAL GENERAL		56401	76469	69022	84541	99246	103891	489570

Fuente: Superintendencia de salud, información brindada mediante derecho de petición

En la tabla anterior (n. 9) en los totales se puede ver la alta tasa de casos que hacen uso del derecho de petición para acceder a los servicios de medicina especializada. Pero el problema es aún más grave en las regiones ya que muchas veces no se cuenta ni siquiera con un especialista en algunas ramas de la medicina. De acuerdo con Amaya, J. et al (2013) “se considera que existen diferencias importantes en la distribución de especialistas por regiones,

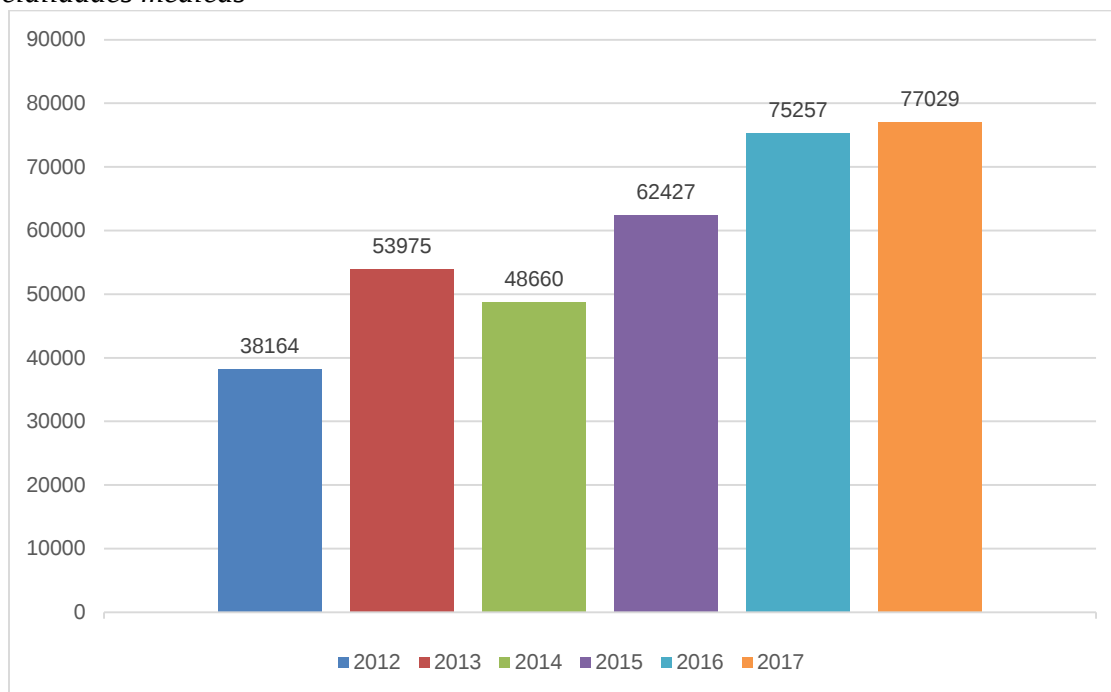
esto hace que el panorama local sea disímil, perspectiva que requiere un análisis detallado como insumo para la toma de decisiones pertinentes a la problemática tanto regional como nacional”.

Por lo que muchas veces las EPS tampoco cuentan con el personal calificado y especializado para atender la gran demanda en medicina especializada, adicionalmente tampoco hay voluntad de las mismas para capacitar al personal médico debido a que ellos mismos difícilmente pueden costearse una especialidad por sus altos costos y el difícil acceso a los programas.

El Minsalud (2013) argumenta que “existe déficit relevante de recurso humano en el nivel de mayor entrenamiento”. Por otro lado, Amaya et al (2008, pág. 267) mencionan que “los resultados tienden a mostrar déficit en la mayor parte de los recursos humanos en salud para el corto plazo, de cinco años, de acuerdo con el análisis de escenarios”. Adicionalmente, argumentan que “este déficit es predominante en las especialidades médicas”. También, hacen énfasis en que “el crecimiento en aseguramiento ha conducido a un incremento sustancial en la producción de servicios durante los últimos años, situación que ha permitido absorber la mayor parte del crecimiento de los nuevos recursos humanos que han ingresado al mercado laboral...”.

Gráfico 23.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas

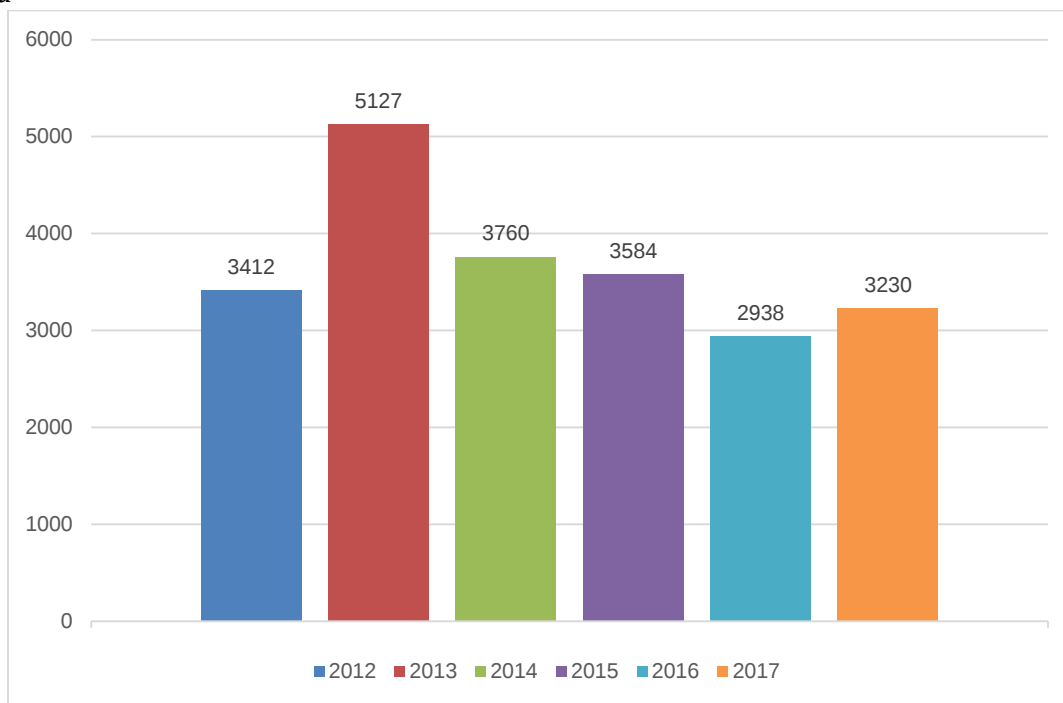


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Frente al 2012 la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, en el año 2013 hubo un aumento del 41.43 % lo cual es bastante el porcentaje, y aunque en el 2014 disminuyó en un 9.85 % en relación al 2013, el número de casos que hacen uso del derecho de petición es alto, en el 2015 nuevamente frente al 2014 hubo un incremento del 28.30 %, y así sucesivamente en los años 2016 y 2017 incrementó el porcentaje de los casos en 20.55 % y 2.35 %, por lo que el número de casos es alto. Lo que evidencia que cada vez que pasa el tiempo el servicio de medicina especializada es un punto álgido en temas de salud en el país (gráfico 23).

Gráfico 24.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de medicina interna

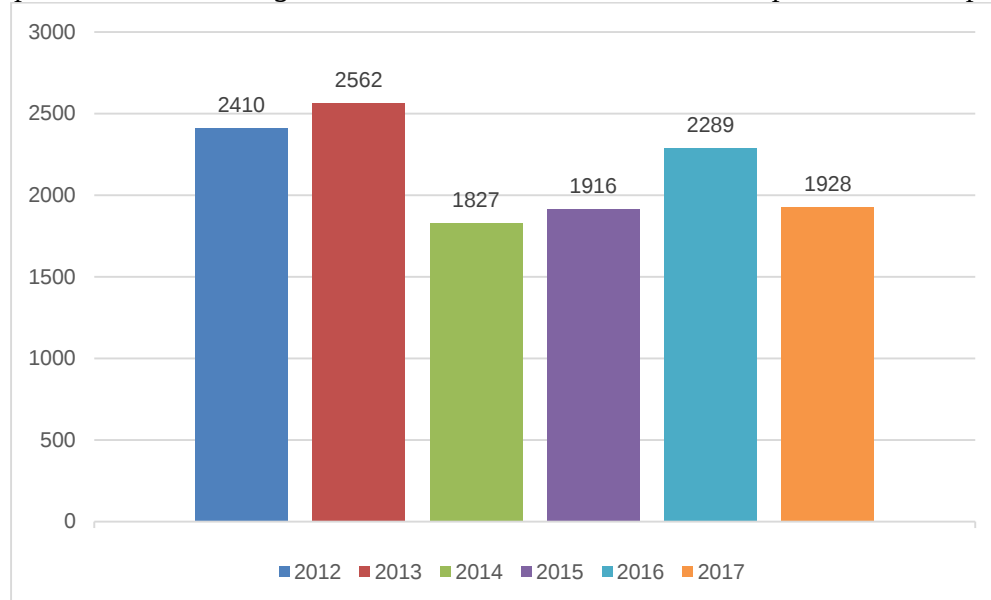


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Incluso en temas como la medicina interna, también hay problemas en cuanto a la falta de oportunidad en la asignación de las citas, en el gráfico 24, evidentemente se pudo analizar que en el 2013 incrementó drásticamente en un 41.43 %, en el 2014 a pesar que hay una disminución notoria del 9.85 %, en el 2015 nuevamente el porcentaje de los casos aumentó en un 28.30 %, además en el 2016 bajó 18.02 % respecto al año anterior y en el 2017 volvió a incrementar levemente en un 9.94 %. Sumado a esto según Esguerra y Londoño (2014, pág. 393) dicen que “muchos médicos ya se sienten inseguros en el estudio preventivo de un paciente sin síntomas o en el manejo integral de un ser humano, y mejor se abstienen de atender pacientes con síntomas propios de la medicina interna general, sintiéndose cómodos solamente con el estudio y tratamiento de algunas enfermedades”.

Gráfico 25.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de pediatría

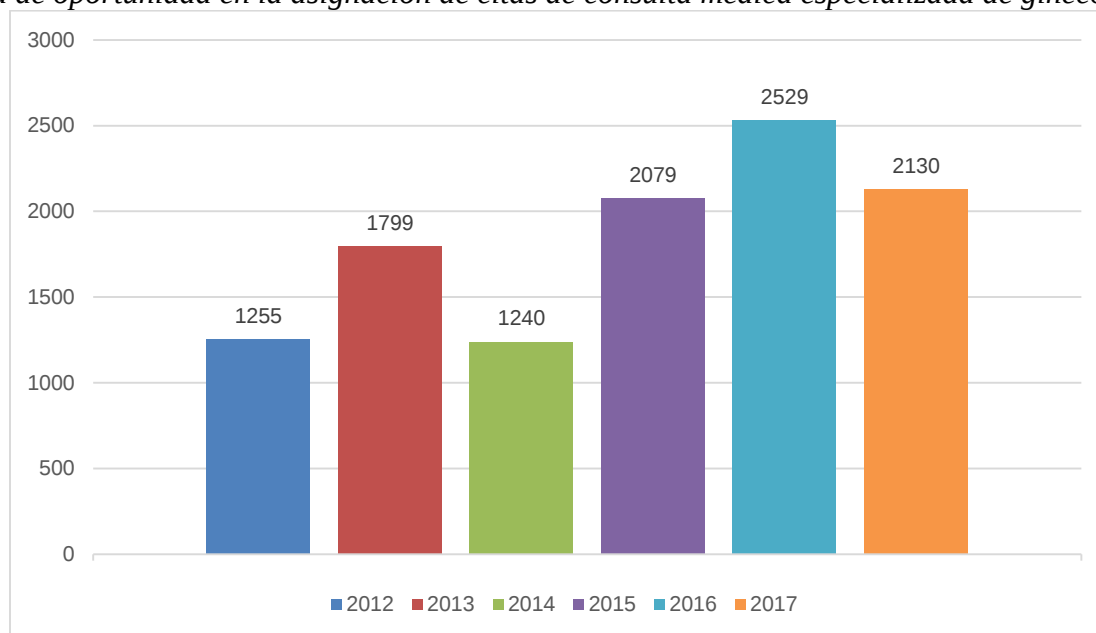


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

En el gráfico 25, frente a la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de pediatría, permite ver que en el primer año de análisis frente al 2012 hay un incremento del 6.31 % pero en el segundo año hay un descenso muy marcado del 28.70 %, en el año 2015 hay un leve aumento del 4.87 %, en el año 2016 subió 19.47 % y en el 2017 bajó 15.77 respecto al periodo anterior. Definitivamente esto muestra que ni la niñez en Colombia tiene garantías totales en la prestación de los servicios especializados, ya que no debería haber casos de derechos de petición para acceder a un servicio tan esencial para la niñez de nuestro país.

Gráfico 26.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de ginecología



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

La medicina especializada en ginecología, también presenta uso del derecho de petición por parte de las pacientes para que se le garantice el servicio, en el gráfico 26, se evidencia que el uso de este recurso incremento en 43.35 % en el 2013, disminuyó en 31.07 % en el 2014, nuevamente aumento drásticamente en 67.66 % en el 2015, en el 2016 continuó aumentando en un 21.65 % y en el 2017 hubo una leve disminución del 15.77 %.

Amaya et al (2008, pág. 236) mencionan que “existen algunas disciplinas que mantienen un nivel bajo pero activo a través de diferentes subfunciones analizadas, en ellas existe una actividad de diagnóstico y tratamiento preponderante, pero presenta niveles bajos en un buen número de actividades: en este grupo particular se encuentran las especialidades médicas.

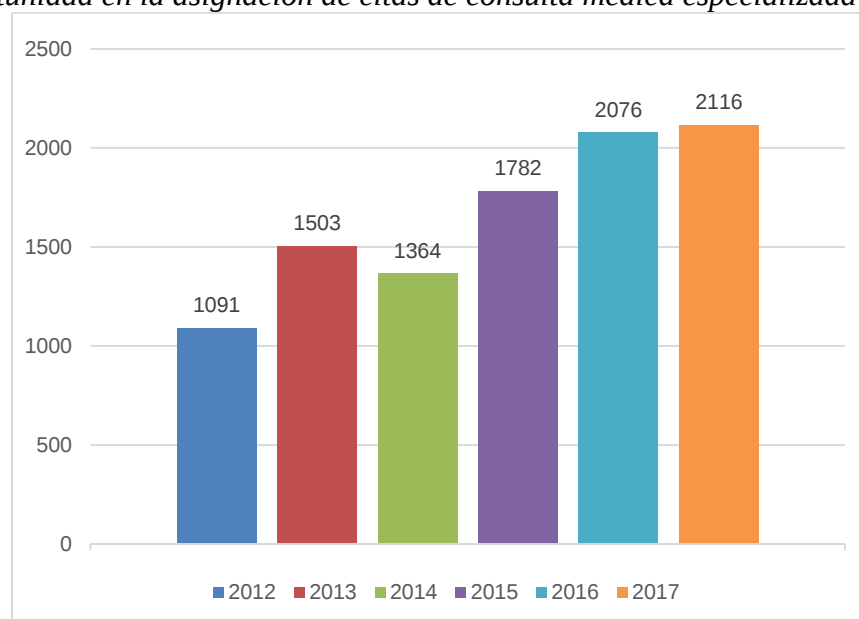
Bonet y Guzmán (2015, pág. 31) mencionan que en los tratamientos donde se requiere el acceso a medicina especializada es fundamental revisar que “los protocolos de tratamiento se estén ejecutando con la oportunidad que lo ameritan”. Además, también es importante verificar los tiempos que deben esperar los pacientes para que se les asigne las citas de control con

especialistas, ya que generalmente por la escasez de médicos especialistas la espera para que se asignen la atención en medicina especializada en muchos casos.

Otro aspecto que es importante tener en cuenta es que las enfermedades que requieren tratamientos y acceso a medicina especializada, cuando hay detección y diagnóstico temprano es clave para aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento; y muchas veces el descubrimiento temprano y el tratamiento acertado y oportuno puede ser menos costoso que proporcionar un tratamiento a la persona en estado avanzado de la enfermedad.

Gráfico 27.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de cardiología



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

El derecho de petición también ha sido muy útil ante las quejas ante la Supersalud para acceder a servicios de cardiología, en el gráfico 27, se muestra que el año 2015 sigue siendo un año muy álgido con un aumento del uso de este recurso del 30.65 % frente al año anterior, que en el 2014 disminuyó en un 9.25 % en relación al 2013 y en este año aumentó también en un 37.76 % teniendo como base el año 2012. Frente al número de casos el año 2015 continúa siendo un año bastante álgido, en el 2016 también hay un aumento significativo en las quejas del 16.50 % y

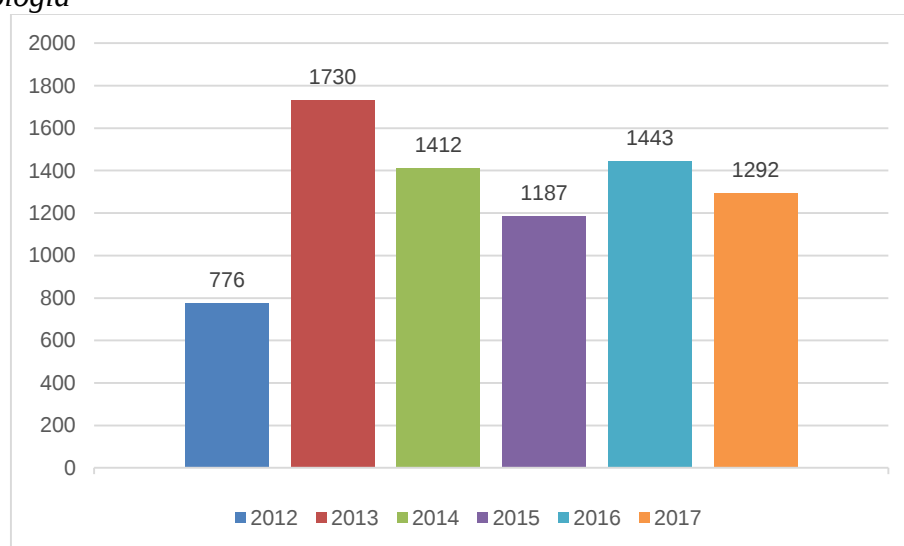
en el 2017 aumenta levemente en 1.93 %, por la falta de oportunidad para acceder a los servicios de medicina especializada en cardiología, y en el cual el recurso de derecho de petición es importante para acceder a estos servicios.

Artemo et al (2003) concluyen que existe una inadecuada distribución de cardiólogos por regiones geográficas y a nivel económico, también mencionan que no se encontró planeación adecuada en la formación de cardiólogos con respecto a las necesidades de la población.

Adicionalmente, es importante anotar que la mayoría de las enfermedades cardiovasculares se podrían evitar si hubiese hábitos saludables de vida, mejorar las condiciones en las viviendas y el entorno en el que se habita. Llevar a cabo programas de prevención es quizá uno de las más importantes formas de evitar futuros pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Gráfico 28.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada gastroenterología



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

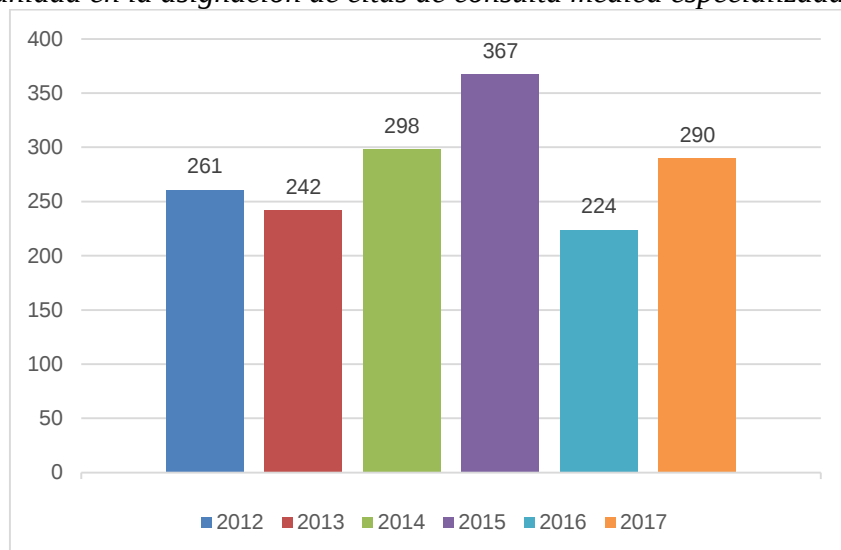
Acceder a los servicios de medicina especializada de gastroenterología por medio del derecho de petición es también marcada, el año 2013 fue el más crucial ya que hubo un aumento del uso de este recurso del 122.95 %, a pesar que en los años subsiguientes disminuyó en 18.38 %, 15.93 %; en el 2016 aumentó súbitamente en un 21.57 % y en el 2017 disminuyó en 10.46 %; en relación al año 2012 hubo un aumento drástico año tras año.

Guzmán (2014) por otro lado menciona que “conviene saber entonces si existen diferencias entre regiones en la capacidad instalada y en los servicios efectivamente ofrecidos”. Es evidente que además del problema en las regiones de los servicios de gastroenterología es que los pacientes deben desplazarse a centros especializados para acceder a dichos servicios, y es el derecho de petición el instrumento que garantiza para muchos el acceso oportuno.

De igual modo, si hubiese una adecuada prevención y educación en salud pública muchos de los casos en problemas gastroenterológicos se podrían prevenir con alimentación adecuada y balanceada, así como con formas alimenticias en tiempos y espacios, en consumir alimentos en las porciones adecuadas no exagerando ni abusando de algunos alimentos que generan daños gástricos.

Amaya et al (2008, pág. 272) también dicen que parece necesario proyectar especialmente en las especialidades médicas, los requerimientos en cuanto a competencias específicas con aspectos relacionados con la tecnología para dichos profesionales, este caso requiere de investigación. Otro problema que mencionan los autores (2008, pág. 73) la mayor especialización y limitación de la competencia mediante barrera de entrada genera espacios para la cartelización económica del ejercicio. También mencionan que hay mercados delimitados con tecnología específica y un restringido número de médicos especialistas donde se dan condiciones para la operación de monopolios laborales que terminan presionando los precios de los servicios.

Gráfico 29.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de obstetricia

Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

En lo que respecta a los servicios de obstetricia, aunque el número de casos es menor, es evidente que el derecho de petición también es vital al momento de acceder a este servicio de especialidad. En el gráfico 29, se puede ver que a pesar de la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta de esta especialidad, ha aumentado año tras año y es el tipo que medicina menos requerido por los médicos, en el 2013 frente al 2012 disminuyó en 7.28 % pero en los años 2014 y 2015 incrementó 23.14 % y 23.15 % respectivamente; en el año 2016 bajo notablemente en 38.96 %, pero nuevamente en el 2017 volvió a aumentar considerablemente el porcentaje de los casos en 29.46 %.

Según el Minsalud (2013) la medicina especializada genera “problemas complejos que reflejan el déficit del recurso humano y el uso inadecuado de la estructura del modelo de atención”. Adicionalmente, también menciona que “es preocupante que el país no esté contando con egresados suficientes de las especializaciones que se requieren. Es necesario revisar el modelo de atención para propiciar un balance entre la oferta y la demanda de recursos humanos”.

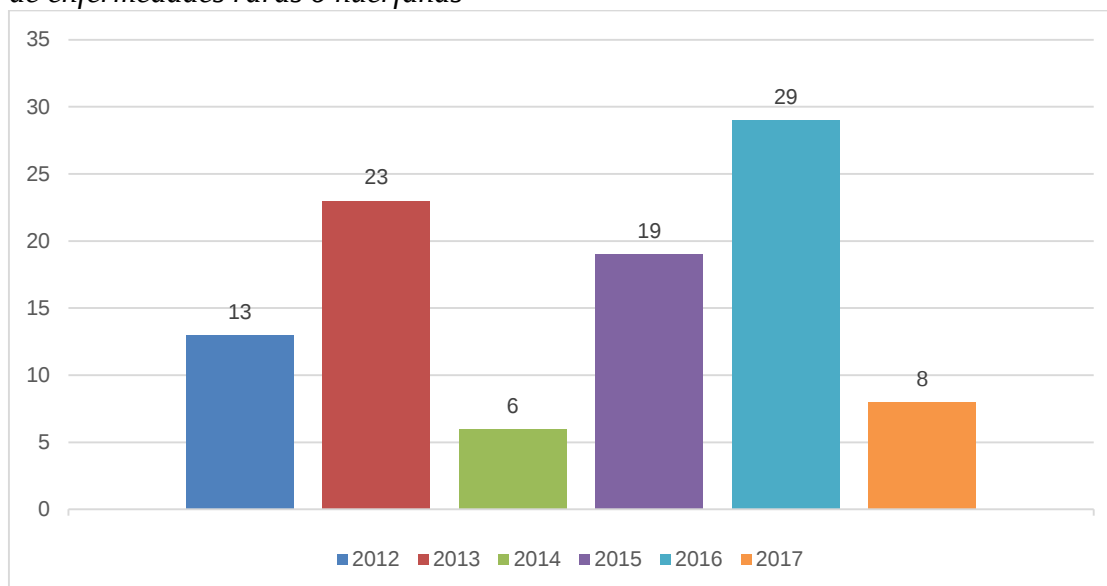
5.4. Derecho de petición para la atención de enfermedades raras o huérfanas

En la atención de enfermedades, aunque en Colombia, existe la Ley 1392 de 2010, por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas, en realidad esto no se cumple a cabalidad por parte de las EPS.

Según la misma ley, “para tal efecto el Gobierno Nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que padecen este tipo de patologías, con el fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes, en condiciones de disponibilidad, equilibrio financiero, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social...”. Aunque en la realidad las condiciones para este tipo de enfermedades no están dadas, primero porque difícilmente acceden a los servicios médicos y existen varios casos en el país, a los cuales no se les brinda las garantías mínimas que dice esta ley.

Gráfico 30.

Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para procedimientos No - POS de enfermedades raras o huérfanas



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

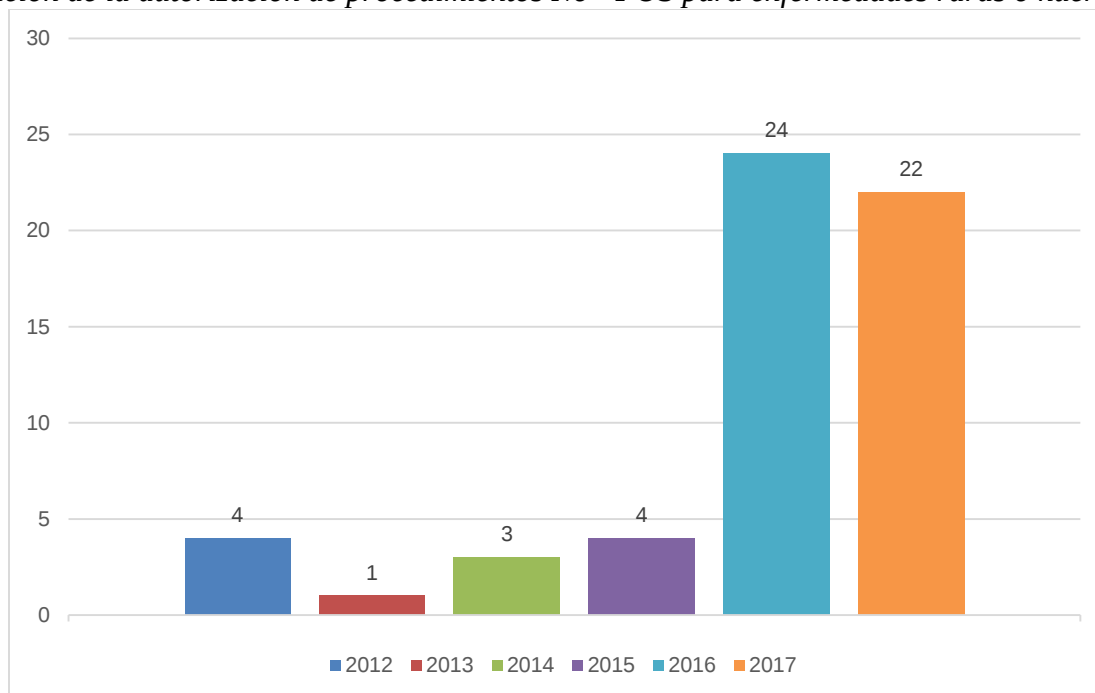
En relación a la falta de oportunidad en la respuesta de los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) para procedimientos No - POS de enfermedades raras o huérfanas, vemos que las quejas por medio de derecho de petición ante la Supersalud, en el 2013 y en el 2015 los casos aumentaron considerablemente, a pesar que en el 2014 hubo un descenso en los casos. Para tal efecto y teniendo cada año inmediatamente anterior los porcentajes correspondientes aumentaron en 79.92 %, disminuyó en 73.91 %, y volvió a aumentar en 216.67 %, aumentó nuevamente en 52.63, y a pesar que en el 2017 disminuyó en relación al año anterior en 72.41 %, el número de casos es bastante alto.

Desde este punto, Martínez, M. (2013, pág. 33) menciona que “es menester que Colombia cuente con centros especializados, laboratorios y personas dedicadas a la investigación científica para la generación de conocimiento, de esta forma se evita el que los pacientes deban recurrir a países extranjeros para acceder a información y posibles alternativas de solución a los problemas de salud que los aqueja”.

Las enfermedades raras o huérfanas requieren de tratamientos que más que curen su enfermedad por la falta de estudios que permitan brindarle al paciente un adecuado tratamiento, alivien las dolencias, reduzcan el nivel de dolor, sobre todo ofrezcan mayor calidad de vida y dignidad humana a los pacientes que las padecen, así como a sus familias.

Gráfico 31.

Negación de la autorización de procedimientos No - POS para enfermedades raras o huérfanas



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

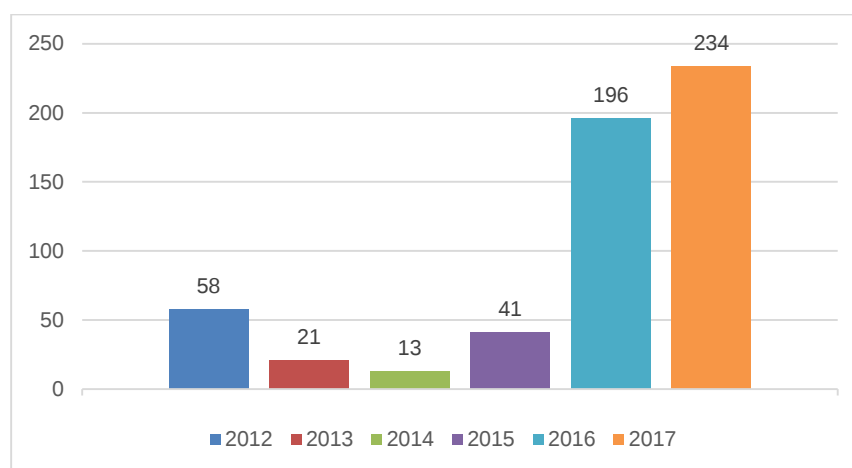
Frente al uso del derecho de petición por la negación de la autorización de procedimientos No - POS para enfermedades raras o huérfanas del 2012 al 2015 se encuentra estable, pero en los años 2016 y 2017 aumentaron bastante, tal como se ve en el gráfico 31. Lo ideal fuese que los pacientes y sus familias no tuvieran que recurrir a medidas legales ya que la ley protege todos estos casos, lo que evidentemente, permite ver la desprotección de los pacientes que padecen este tipo de enfermedades en la prestación de los servicios médicos.

Sumado a todo esto, Martínez, M. (2013, pág. 33) afirma que el sistema de aplicación conocido no está adaptado para el cambio y transcurso del tiempo, ni se le ha dado la relevancia

que se merece al tratar de dar una solución efectiva a la continua e inherente progresividad de las enfermedades raras y continua diciendo que... por ende el alto costo que amerita los tratamientos de aplicación además del déficit legal en la materia, hacen de manera fulminante que el sistema de salud que actualmente se maneja sea un fracaso tanto jurídico y consecuentemente social; por ende frente al tipo patológico manejado.

Gráfico 32.

Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Adicionalmente, los medicamentos que son básicos para el tratamiento de las enfermedades y en especial este tipo, frente a la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas tal como se evidencia en el gráfico 32, hubo una disminución en relación del 2012 al 2015, en el año disminuyó drásticamente en un 63.80 %, en el 2014 continuó ese descenso en 38.10 %, pero nuevamente en el 2015 aumentó 215.38 % el porcentaje de las quejas por medio de derecho de petición.

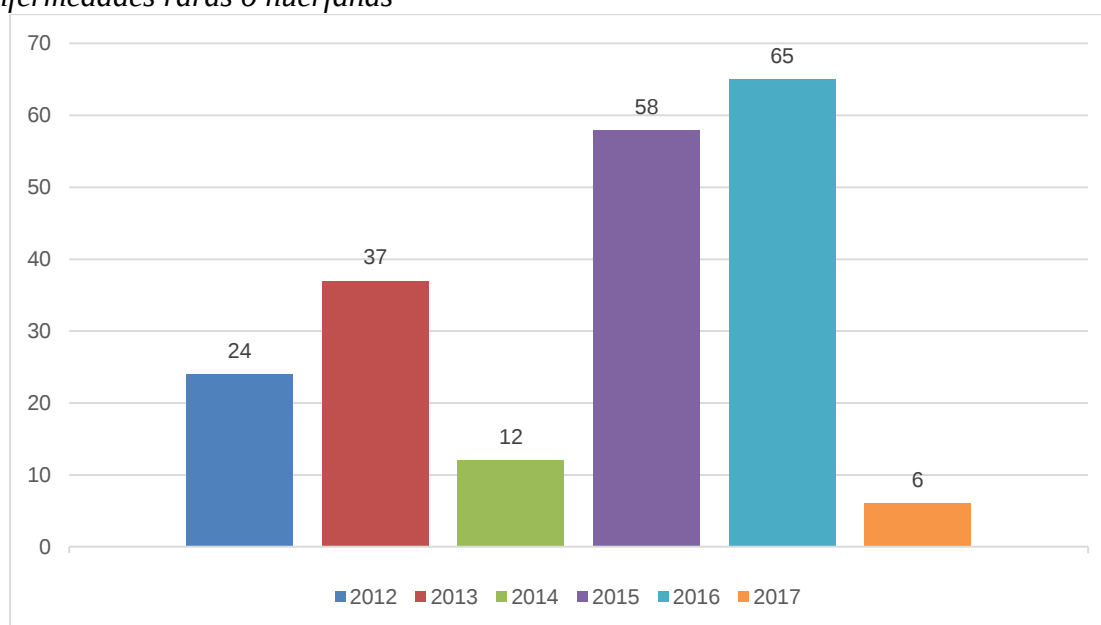
Las enfermedades huérfanas por tener origen genético, no son curables, pero sí se puede mejorar y controlar el deterioro físico de los pacientes que las padecen, es decir, que su tratamiento es paliativo... los cuidados paliativos se definen por los enfoques asistenciales que

mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando estos se ven enfrentados a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, de acuerdo con Llamas y Betancourt (2011, pág. 6).

Los pacientes con este tipo de enfermedades requieren de especial atención en sus cuidados y tratamientos, no son curables ya que no hay un procedimiento médico especial que logre dar cuenta de las verdaderas causas por lo que es necesario que el Estado garantice los procedimientos médicos necesarios que generen aspectos paliativos en pro de la calidad de vida y de la dignidad humana de los enfermos.

Gráfico 33.

Falta de oportunidad en la respuesta del comité técnico-científico para medicamentos No - POS de enfermedades raras o huérfanas



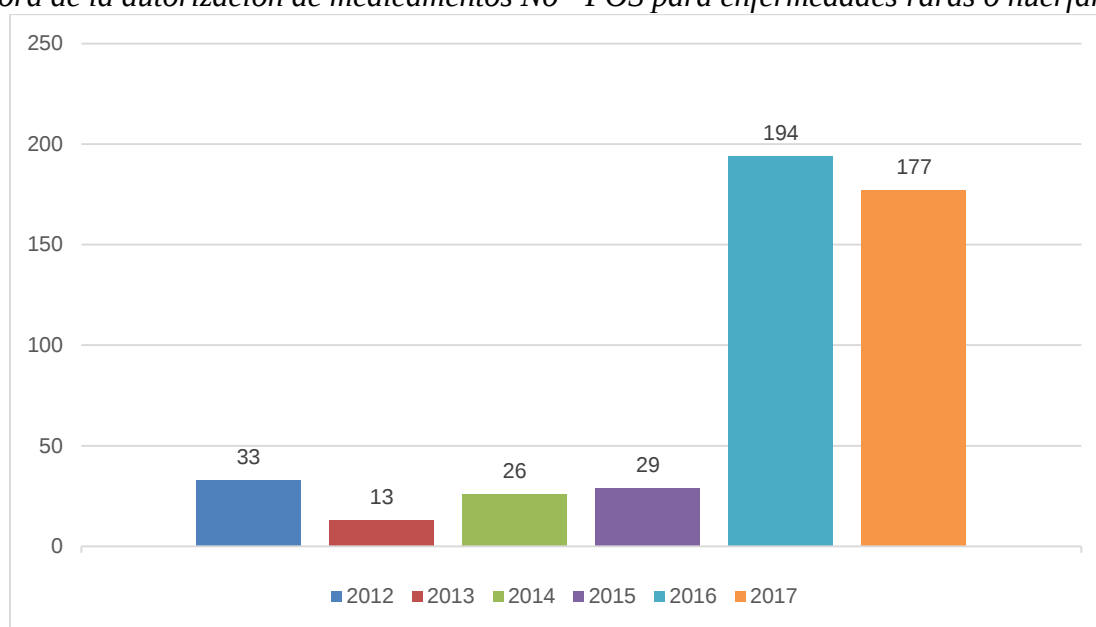
Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Superintendencia de Salud.

Los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea mi prescripción (MIPRES), debería ser uno de los órganos más importantes en el tratamiento de enfermedades raras o huérfanas, pero muchas veces la falta de oportunidad en la respuesta de este para medicamentos No - POS para el tratamiento de este tipo de enfermedades, ya que las quejas por

medio del derecho de petición han aumentado notablemente en relación al 2012, y aunque en el año 2013 aumentó en un 54.17 %, en el 2014 disminuyó notablemente en 67.57 %, en el 2015 volvió a aumentar considerablemente en un 383.33, en el 2016 aumentó en 12.07 %, y en el 2017 disminuyó el porcentaje de los casos previstos en 90.77 % frente a cada periodo inmediatamente anterior tal como se ve en el gráfico 33.

Gráfico 34.

Demora de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

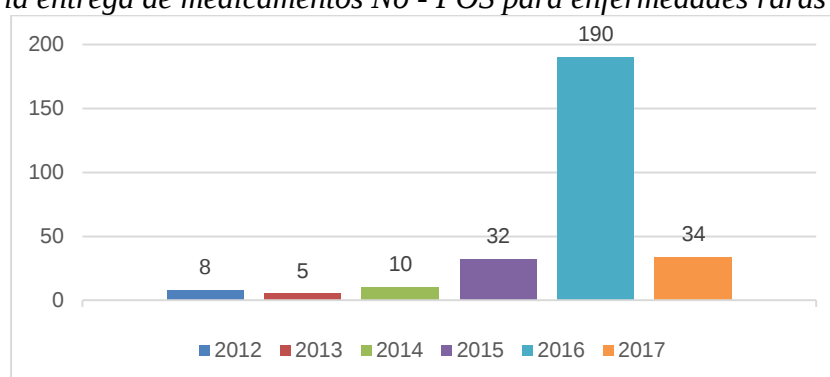
En la gráfica 34, frente a la demora de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas, en el grafico 34, se evidencia una disminución en relación del año 2012 en el 2013 de 60.61 %, pero en el 2014 aumentó 100 %, en el 2015 nuevamente incrementó en un 11.54 %, y en los años 2016 y 2017 aumentaron drásticamente en más de 500% los casos evidenciados.

Por otro lado, Martínez, M. (2013, pág. 7) menciona que “las enfermedades raras, se clasifican en graves, muy graves, crónicas, degenerativas y habitualmente mortales”, y continúa

mencionando que “en su mayoría afecta a niños/niñas, son incapacitantes, dolorosas, incurables y buena parte de éstas no tienen un tratamiento eficaz, pero ello no quiere decir que se deban excluir de un sistema de atención en salud”. De igual manera, Ordoñez (2015) plantea que “el principal vacío jurídico en la ejecución de estas leyes para el diagnóstico de las Enfermedades Huérfanas, es lo referente a la cobertura y financiación de los procesos de diagnóstico, tratamiento, evaluación, seguimiento y control” y agrega a continuación que “...de ahí la absoluta necesidad de definir maniobras de gestión que certifiquen el acatamiento de lo dispuesto en la constitución nacional y las leyes promulgadas con este fin”.

Gráfico 35.

Negación para la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Adicionalmente, según el gráfico 35, en relación a la negación para la entrega de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas, vemos que el número de casos que hacen uso del derecho de petición ha aumentado drásticamente, siendo el 2016 el año de mayor porcentaje de quejas ante la Supersalud con un aumento considerable frente al año anterior.

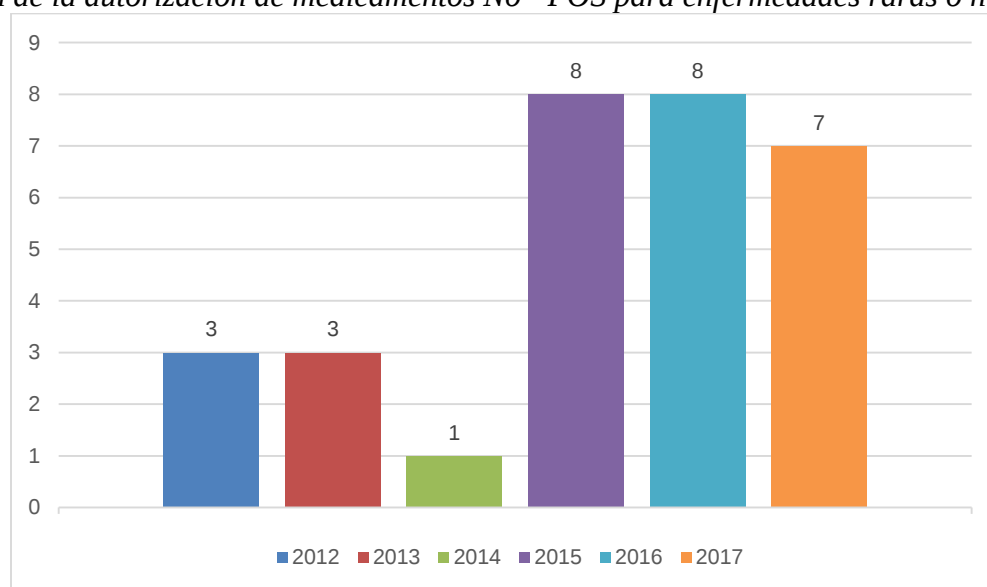
“Las enfermedades raras o huérfanas por su difícil diagnóstico, escaso tratamiento y el alto precio de los medicamentos se consideran de alto costo, y de gran impacto económico para el sistema de salud, ya que implica la asignación mucho más alta de recursos...” tal como lo

mencionan Llamas y Betancourt (2011, pág. 9), también dicen que la reciente reforma en salud, Ley 1122 de 2007, estableció, que en los casos en los que se requieran medicamentos no cubiertos por el plan básico, Los comités técnico-científicos (CTC) actualmente aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres) tiene potestad para su autorización, agilizando así los trámites y plazos asociados a las tutelas con recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) pero esto en realidad no se cumple como se puede ver en los datos del gráfico.

Desde el punto de vista de Martínez, M. (2013, pág. 45) dice que es necesario continuar adelantando investigaciones alusivas a las enfermedades raras, toda vez que no es un campo exclusivo de la medicina, sino que por el contrario por la complejidad de dicha problemática requiere de lecturas de realidad desde diferentes profesiones, máxime desde el derecho cuando es evidente el incumplimiento del derecho constitucional a la salud en un grupo poblacional específico.

Gráfico 36.

Negación de la autorización de medicamentos No - POS para enfermedades raras o huérfanas

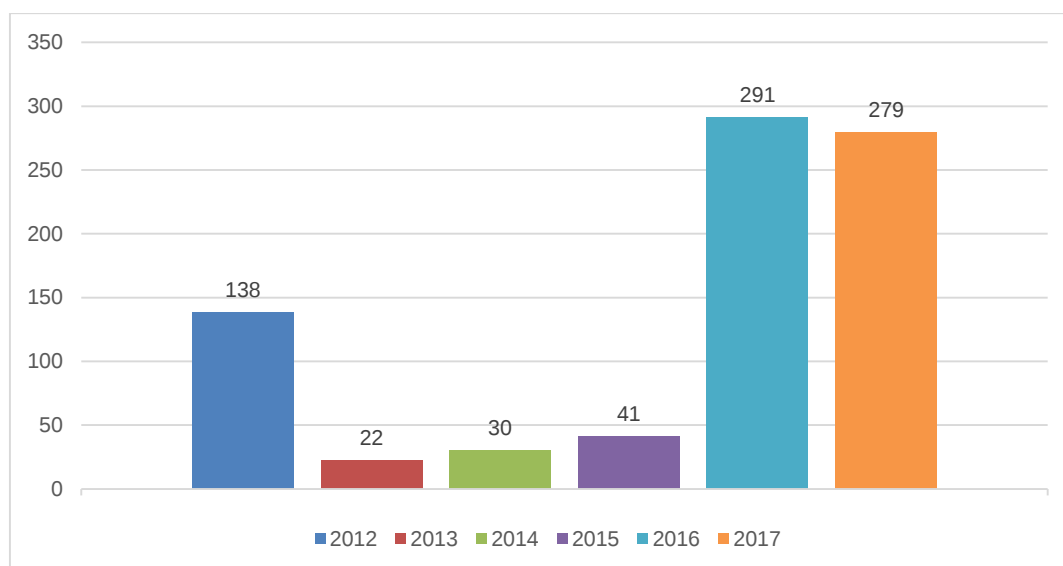


Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

Llamas y Betancourt (2011, pág. 9) también argumentan que “las personas con enfermedades huérfanas que requieran con necesidad diagnósticos, tratamientos, medicamentos, procedimientos y cualquier otra prestación en salud no incluida en los Planes Obligatorios de Salud que no tengan capacidad de pago, serán financiados en el Régimen Subsidiado con cargo a los recursos señalados en la Ley 715 de 2001”. En el gráfico 36, se puede evidenciar que el número de casos en los años 2015, 2016 y 2017 ascendió notablemente mediante quejas por medio de derecho de petición a pesar que en el 2014 los casos estuvieron reducidos, pero en la práctica esto no debería de suceder debido a que la ley protege los pacientes con enfermedades raras o huérfanas, pero las EPS buscan cada vez más dar vueltas y tramites adicionales a estos casos especiales.

Gráfico 37.

Falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada para enfermedades raras o huérfanas



Fuente: Las autoras, a partir de información proveída por la Supersalud.

La falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada para enfermedades raras o huérfanas, tal como se evidencia en el gráfico 37, aunque ha disminuido considerablemente en relación al 2012, el porcentaje en el número de casos descendió en un 84.10 % en el 2013, aumentó en 36.40 % en el 2014, en el 2015 volvió a incrementar en un 36.67%, en año 2016 incrementó enormemente 60.76 % y en el 2017 disminuyó levemente frente al año anterior en 4.12 %, aunque evidentemente en el periodo de estudio ha aumentado el número de casos que hacen uso del derecho de petición para acceder a medicina especializada y de esta manera lograr atención inmediata en las enfermedades que padecen.

Llamas y Betancourt (2011, pág. 12) mencionan que hay dos puntos cruciales en el paciente y son que “se complica el paciente por falta de un adecuado tratamiento y la pérdida de confianza en la medicina”, y Ordoñez (2015, pág. 3) dice que “otro punto frente a las Enfermedades Huérfanas y la mala práctica médica, se podría definir como una situación de incapacidad, negligencia o desconocimiento profesional sobre estas Patologías...”.

Las enfermedades raras o huérfanas deberían tener especial cuidado en la atención tanto medica como en la entrega de medicina ya que los tratamientos son inciertos y muchas veces no son necesarios para conocer completamente el manejo adecuado que se necesita.

Definitivamente, lo único que se requiere es lograr mejorar la calidad de vida y la dignidad humana de los pacientes y no ponerle trabas ni impedimentos en los procedimientos médicos que se necesitan.

5.5 Síntesis de los datos e información obtenida

Las entidades de control del sistema de salud colombiano como lo son la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud, normalmente son consultadas por los usuarios y

pacientes de las Entidades Promotoras de Salud cuando éstas les vulneran el derecho a tener una atención y un acceso con calidad, eficiencia y eficacia. Generalmente los derechos de petición radicados ante estas entidades se deben a que:

- Se les niega o demora el acceso a los servicios de medicina tanto general como interna y especializada.
- Se les obstaculiza, les hacen entregas parciales o se les ponen trabas para los medicamentos que se requieren en los tratamientos médicos.
- Se les niega, pospone, o no se les brinda los procedimientos que se requieren en los tratamientos que los médicos autorizan.

Por lo tanto, muchas veces, el derecho de petición es la herramienta a la que los pacientes recurren para que se les brinden a los servicios, tratamientos y procedimientos que se requieren en el tratamiento de las enfermedades que padecen. Lamentablemente, desde este punto hay un déficit de eficacia en el derecho de petición, en la medida que no se está dando cumplimiento de manera oportuna y se está abusando de esta herramienta de protección de derecho constitucional.

Los usuarios del sistema de salud generalmente acuden a las entidades de control bien sea para solicitar asesorías o para quejarse sobre las condiciones como las Entidades Promotoras de Salud brindan el servicio. Entre las conductas presuntamente más vulneradas y reportadas se deben a la forma que se presta la atención médico – asistencial pues los pacientes se quejan de deficiente e inoportuna básicamente en aspectos como urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos y terapias. Otras conductas presumiblemente quebrantadas tienen que ver con la negación, obstaculización y demora de los servicios de salud, así como de la ausencia de la información que se requiere ya que muchas veces no es entendible, oportuna y completa.

Estas conductas, en ocasiones, ponen en riesgo la vida de los pacientes en especial de quienes padecen enfermedades crónicas como el cáncer, problemas renales, de lisosoma y hasta pacientes con sida y VIH; ya sea por su alto costo o por la necesidad urgente de los tratamientos y/o procedimientos que requieren.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, muchas veces las Entidades Promotoras de Salud violan las leyes existentes del país al negar, demorar o poner trabas a los tratamientos y procedimientos de los pacientes en especial de quienes por la gravedad de sus enfermedades los requieren de manera urgente e inmediata.

Por otro lado, respecto a lo que es la demora en la autorización de procedimientos POS cada vez más se presentan casos en los cuales se evidencia esta conducta de las EPS, aunque en los tres primeros años de estudio del 2012 al 2014 hubo una disminución importante al respecto en los tres años subsiguientes prácticamente el último año cerro con casi el doble de los casos presentados al año inicial.

En cuanto a la falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos el año más crítico fue el año 2016, aunque de igual manera los últimos años (2015 – 2017) los casos fueron en aumento. Por otro lado, en cuando a los procedimientos No – pos, respecto al año inicial casi que se duplican el número de casos presentados y remitidos a las entidades de control del sistema de salud.

Aunque en relación a la negación de la autorización de procedimientos POS el número de casos que se agenciaron se redujo bastante respecto al año inicial sigue siendo un alto número de procesos evidenciados y que no deberían presentarse por ser parte de las instrucciones del Plan Obligatorio de Salud.

Además, en lo que tienen que ver con la negación en la programación y/o realización de procedimientos quirúrgicos el año 2016 fue el más crítico debido a que se cuadruplicaron los casos presentados en relación al primer año (2012) y en el último año se triplicaron los pacientes con quejas al respecto.

Otro aspecto importante es la falta de contratación por parte de las EPS para la prestación de procedimientos y servicios de alto costo, pero los años más críticos fueron en el 2013 y 2017 a pesar que el periodo del 2015 al 2016 fue muy bajo el nivel de reclamos al respecto.

En relación con la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No – Pos los dos últimos años fueron los más complicados por la cantidad de casos que incrementaron respecto a los años anteriores. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que en la gran mayoría de los casos esta medicina es importante en el tratamiento de las enfermedades por su complejidad y la urgencia que se requiere. Además, en lo concerniente con medicamentos POS, la situación es casi igual con la diferencia de que el número de casos es muy alto, y los años 2015 a 2017 fueron los más complicados.

Definitivamente, frente a la demora, negación y la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos tanto POS como No POS, los últimos años de análisis en el estudio fueron los más críticos ya que el número de casos reportado se llegó a más que triplicar respecto al primer año de estudio (2012).

Otro aspecto muy importante en el sistema de salud colombiano es la prestación de medicina especializada, por el aumento de casos asegurados ya sea por la falta de oportunidad en la asignación, la negación de las consultas, la demora y negación en las autorizaciones. Los casos que más se presentan tienen que ver con la medicina especializada en diferentes áreas médicas,

medicina sub – especializada, medicina interna, pediatría, ginecología, gastroenterología, obstetricia, y enfermedades raras o huérfanas.

Finalmente, las enfermedades raras o huérfanas se han evidenciado que los últimos tres años son los más susceptibles, del 2015 al 2017, y los casos tienen que ver de igual manera con la falta oportunidad en la asignación de citas médicas tanto general como especializada, en temas sobre la medicina, la asignación de citas; así como en la negación y demora de dichos servicios.

Capítulo 6

Conclusiones

A continuación, se presentan no solo las conclusiones del trabajo realizado sino una propuesta de intervención al sistema de salud en especial cuando se vulneran los derechos de los pacientes y usuarios teniendo en cuenta que la actual crisis requiere de acciones inmediatas que den solución a las problemáticas presentadas.

6.1 Conclusiones generales

La desnaturalización del derecho de petición para acceder a los servicios de salud por parte de los pacientes y usuarios de las EPS según nuestra investigación es evidente que de acuerdo a la definición de la RAE “Quitar a algo la virtud, sustancia o vigor”, el derecho de petición no se encuentra cumpliendo su finalidad, en especial por el abuso que se hace de él para acceder a servicios médicos especializados, los cuales existen a claras luces en nuestro concepto por la deficiencia de personal idóneo en el país y en las instituciones, y fuera de eso no existe voluntad ni gubernamental ni de las entidades prestadoras para mejorar o apoyar la capacitación de medicina especializada de los galenos.

Adicionalmente, es importante mencionar que según los datos otorgados por la Superintendencia Nacional de Salud, frente al uso del derecho de petición para acceder a los servicios de salud, los últimos tres años de estudio del año 2015 al 2017, fue un periodo bastante crucial y que permitió ver el grave problema de salud en el cual está sumido el país, pues a la vez es evidente que a pesar de la legislación existente las EPS no cumplen a cabalidad con las responsabilidades y los compromisos con los pacientes y usuarios.

Por otro lado, tanto acceder a los servicios médicos como a los medicamentos, son aspectos que permiten ver la integralidad del problema ya que nada es tan evidente como el uso del derecho de petición y las tutelas para poder solicitar garantías en la prestación de los servicios de salud.

De igual manera, y en relación a las enfermedades raras o huérfanas a pesar de la legislación existente que protege a los pacientes y a sus familias, el número de casos que hacen uso del recurso de derecho de petición es alto en especial para acceder a servicios médicos especializados y medicamentos, que por ley están cubiertas totalmente sin importar el Plan Obligatorio de Salud.

De igual modo, el derecho de petición se ha convertido en la herramienta más importante, al igual que la tutela para acceder a los servicios de salud. Por lo tanto, requiere de un gran seguimiento por las instituciones gubernamentales para analizar su valor y su efecto en las Entidades Promotoras de Salud.

También hay que tener en cuenta que la falta de oportunidad en cuanto: a los procedimientos, entrega de medicamentos, servicios médicos tanto generales como especializados y procedimientos hagan o no parte del POS; es quizá la queja que más se recibe en las entidades de control como la Superintendencia.

Sin menos importancia la negación y la demora en estos mismos aspectos también recibe un gran número de quejas y reclamos en las EPS y que muchas veces las entidades como la Superintendencia Nacional de Salud deben entrar a intervenir para que se velen por los derechos en salud de los pacientes, de los usuarios y sus familias.

De igual forma, las Entidades Promotoras de Salud deberían tener en cuenta tres aspectos importantísimos en la prestación de los servicios que ofrecen: la dignidad humana, el derecho a la salud como derecho fundamental y la integridad del paciente.

Así como, igualmente se vulnera el derecho a la salud cuando al paciente se le interrumpe, obstaculiza y se le perturba de forma abrupta el cuidado necesario cuando sufre una enfermedad que con antelación ha sido medicamente diagnosticada y en especial cuando se demanda urgentemente de servicios médicos específicos y permanentes de los cuales dependen la vida y la integridad del usuario.

Hay que agregar que las entidades como la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud no solo reciben quejas y reclamos de los pacientes y usuarios, sino que también brindan asesorías sobre aspectos relacionados con la prestación del servicio, lo que de algún modo también es muy importante en el actual sistema de salud en especial cuando se siente que se vulneraron los derechos en salud.

El derecho a la salud no es solo un derecho constitucional sino también un servicio público esencial, del cual dependen muchos pacientes en especial aquellos a lo que se les pone en riesgo no solo la calidad de vida y la dignidad humana sino la vida misma, quien definió la esencialidad de un servicio público fue la Corte Constitucional, en su sentencia C- 450 de 1995.

El derecho de petición en aspectos relacionados con el sistema de salud es un mecanismo que no está resultando eficaz, debido a que muchas veces los pacientes, sus familias o los afectados tienen que acudir a los órganos del Estado para hacer valer su derecho a la salud, a pesar de que se haya elevado un derecho de petición.

Como se evidenció en los resultados con la muestra de los casos presentados, en los cuales se requiere que los órganos estatales como la Supersalud, Minsalud y la Defensoría del

Pueblo tengan en cuenta desde los casos que se presentan para pedir una cita de medicina general como especializada, entrega de medicamentos, solicitud de procedimientos, entre otros. Desde este punto, el derecho de petición se vuelve una barrera de acceso, y realmente en si este mecanismo no debería convertirse en una recomendación o forma de acceso a los servicios que legalmente se deberían prestar al ser elevado el derecho a la salud como un derecho fundamental del ser humano.

Finalmente, el Derecho de Petición es un medio de comunicación que le permite al afectado tener una respuesta en unos términos determinados por ley, convirtiéndose en un recurso de segundo orden, ya que cuando se solicita acceder a los servicios y/o procedimientos y estos no son brindados, se debe recurrir a este mecanismo, esperar respuesta a los quince días, para de esta forma evitar presentar tutela.

La desnaturalización que predicamos del derecho de petición la vislumbramos cuando al ejercer el derecho de petición fuera de tiempo legal crearía una incertidumbre jurídica para la petición de protección de sus derechos y tendría, como consecuencia, que ése vencimiento del plazo genere la pérdida irremediable del derecho constitucional de amparo. Por lo tanto, no cumplir con los preceptos legales para responder los derechos de petición la administración incurre en un incumplimiento, lo que conlleva de antemano también a la violación de un derecho fundamental. Por último, desnaturalizar, según la Real Academia de la Lengua se define: Alterar las propiedades o condiciones de algo, desvirtuarlo. En consecuencia, desvirtuar, es definida por la RAE de la siguiente manera: Alterar la verdadera naturaleza de algo.

En nuestro concepto, el derecho de petición ha perdido su naturaleza, desvirtuando el fin inicial por el cual fue creado y posteriormente reglamentado y elevado a derecho fundamental en la Constitución Política de Colombia de 1991, al ser usado excesivamente por los usuarios del

sistema de salud colombiano para que se les brinden los servicios que deberían ser prestados sin mayores dilaciones y respetando la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral o, en otras palabras, que los ciudadanos puedan vivir sin ser sometidos a cualquier forma de humillación o tortura, que al final del día, al no obtener el servicio que es deber de las instituciones brindar violan sus garantías primordiales.

Finalmente, a continuación, se propone un sistema integrado de quejas, reclamos y peticiones de los servicios de salud vía online para tal manera que se le puedan evitar tantos tramites a los pacientes, y el cual de acuerdo al número de reportes por EPS, se sancione, multe o liquide por la ineficiencia del servicio prestado.

6.2 Intervención

La presente propuesta de intervención tiene en cuenta que toda queja, reclamo y solicitud se constituye en derecho de petición, y la desnaturalización de esta herramienta está en detrimento del sistema de salud de nuestro país, por lo que muchas EPS no lo asumen con responsabilidad y compromiso, adicionalmente que junto con la acción de tutela se han convertido en las vías más eficientes para acceder a los servicios integrales del régimen de salud.

Por otro lado, debería haber un sistema online conectado con la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual todas las EPS se conecten vía online, para que los usuarios puedan radicar cualquier tipo de queja, reclamo, recurso o petición en aras de que los pacientes puedan acceder a los servicios de salud, ya que este debe ser elevado a derecho no solo constitucional sino esencial del ser humano.

Cada paciente que presente algún tipo de queja, reclamos y peticiones deberá recibir un código de radicación no solamente ante la EPS, sino que queda inmediatamente de igual manera radicado en el sistema de la Supersalud, lo que evitaría a la vez tantos tramites y pérdida de tiempo para el usuario.

Esto no solo permitirá llevar a cabo una estadística exacta de los niveles de eficiencia sino para tener controles de la verdadera situación del sistema de salud, ya que, aunque está en crisis en el país, no es lo que realmente refleja las estadísticas y las opiniones porque hay muchos casos que no se reportan o muchas quejas que no se tienen en cuenta.

Un sistema que reporte en todas las EPS con control por parte de Supersalud, sería importante para que estos organismos puedan cumplir con los requerimientos legales con principios de eficacia, responsabilidad y organización.

También, se podría de acuerdo al número de quejas, reclamos y peticiones acumuladas durante el periodo anual, imponerle sanciones después de una investigación administrativa como multas y solicitud de correctivos, dependiendo el número de afiliados en relación con el número reportado por el sistema de a Supersalud.

En último lugar, las EPS que se consideren ineficientemente sostenibles en cuanto al servicio prestado a los pacientes deberían ser intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud y obviamente teniendo en cuenta todas las quejas reclamos y peticiones acumuladas durante el periodo anual en relación al número de pacientes que tienen en un año tomar la decisión para liquidarla.

Referencias

- Amaya, J. et al (2008). Recursos humanos de la salud en Colombia. Cendex, Universidad Javeriana y Ministerio de Protección Social.
- Amaya, J. et al (2013). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Cendex y Universidad Javeriana. Bogotá.
- Artemo, L, et al (2003) Cardiólogos en Colombia, Revista Colombiana de Cardiología Mayo/Junio, Vol. 10 No. 6.
- Ballard y Falla (2012). *El abogado del diablo, el abuso de procesos legales o gubernamentales como práctica anticompetitiva*. Revista Ius et Veritas, Año XV, No. 30.
- Briceño, M. y Vega, R. (2011). Responsabilidad estatal por falla médica en la prestación de servicios de salud. Universidad Libre de Colombia, Facultad de Derecho. Bogotá.
- Bonet, J. y Guzmán, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. Documentos de trabajo sobre economía regional. Número 222, agosto. Banco de la Republica de Colombia.
- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (1997). Más allá del dilema de los métodos: la investigación en las ciencias sociales. Tercera edición. Ediciones Uniandes. Bogotá.
- Calzada, M. (2009). Derecho de Petición. Tomado el día 2 de agosto de 2016, de: <http://derechoyser.blogspot.com.co/2009/05/derecho-de-peticion.html>
- Camacho et al (2014, 16). Los recursos humanos de la salud en Colombia balance, competencias y prospectiva. Universidad Javeriana y Ministerio de Protección Social.

- Cardona, A. et al (2011). El derecho de petición, una puerta al derecho. Centro de Investigaciones Jurídicas, Institución Universitaria de Envigado. Antioquia.
- Congreso de Colombia (1886). Constitución Política de la Republica de Colombia de 1886. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (1991). Constitución Política de la Republica de Colombia. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2001). Ley 100 de 1993. Imprenta Nacional. Bogotá.
- Congreso de Colombia (2001). Ley 715 de 2001. Imprenta Nacional. Bogotá.
- Congreso de Colombia (2002). Ley 734 de 2002, Código Disciplinario, tomado de: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/codigo2012.pdf>, el día 2 de junio de 2016. Edición 2012.
- Congreso de Colombia (2010). Ley 1392 de 2010, Imprenta Nacional, Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2011). Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud. Tomado el día 4 de junio de 2019 de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de Colombia (2015). Ley 1751 de 2015, Imprenta Nacional. Bogotá.
- Congreso de Colombia (2015). Ley 1755 de 2015, Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Cúcuta (1821). Constitución Política de Cúcuta. Ciudad de Cúcuta. Nueva Granada.

Congreso de Cundinamarca (1812). Constitución Política de Cundinamarca. Nueva Granada.

Congreso de Diputados de España (1978). Constitución Política de 1978. Tomada de:

<http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>, el día 20 de junio de 2019.

Congreso Federal de México (1917). Constitución Política de los Estados Unidos de México.

Congreso de Tunja (1811). Constitución Política de Tunja. Ciudad de Tunja. Nueva Granada.

Corte Constitucional (1992). Sentencia T-12/92. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional (1993). Sentencia T-124/93. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional (2000). Sentencia T-377/2000. Tomada el día 21 de 2016, de:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/T-377-12.htm>

Corte Constitucional de Colombia (2003) Sentencia T-859 de 2003. Bogotá, tomada de

www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-859-03.htm, el día 17 de febrero de 2017

Corte Constitucional (2012). Sentencia T-146/12. Tomada el día 21 de 2016, de:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/T-146-12.htm>

Corte Constitucional (2013). Sentencia T-369/13. Ediciones de la Imprenta Nacional. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional de Colombia (2014). Sentencia T – 361 de 2014. Tomado el día 03 de febrero de 2019, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-361-14.htm>

Corte Constitucional (2015). Sentencia T-332/15. Tomada el día 21 de 2016, de:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/T-332-12.htm>

Corte Constitucional de Colombia (2016). Sentencia T – 597. Revisada de:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-597-16.htm>, el día 02 de febrero de 2019.

Cruz, L. (2012). El alcance del Consejo Constitucional Francés en la protección de los derechos y libertades fundamentales. Tomado de:

<http://www.ugr.es/~redce/REDCE15/articulos/12LMCruz.htm>, 1 de Agosto de 2016.

Defensoría del Pueblo (2013). La tutela y el derecho a la salud 2012. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia.

Defensoría del Pueblo (2016). La tutela y el derecho a la salud 2016. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia.

Denzin, N. (1970): Sociological Methods: a Source Book. Aldine Publishing Company. Chicago.

Diario El País (2015). EPS de la ciudad tienen problemas en los dispensarios. Tomado de:

www.elpais.com.co/elpais/cal/noticias/diez-eps-ciudad-presentan-problemas-dispensarios-medicamentos, el día 15 de febrero de 2017.

Díaz, T. y Arrieta, Y. (2012). La salud colombiana en la jurisprudencia constitucional.

Universidad Libre Sede en Cartagena y Universidad de Cartagena. Grupo de Investigación Justicia Constitucional.

Duguit (1926). Manual de Derecho Constitucional. Traducción de Acuña, J. Editorial Librería Española y Extranjera Príncipe. Madrid

El Espectador (2011). Así fue el desfallo a la salud. 9 de mayo del 2011, revisado de:

<https://www.elespectador.com/content/as%C3%AD-fue-el-desfalco-la-salud>, el día 18 de febrero de 2019.

- Esguerra y Londoño (2014, 393) Evolución de la medicina interna en Colombia. Revista Acta Medica Colombiana Vol. 39 N° 4.
- Favoreu, L. (1980) Legalidad y constitucionalidad. La constitucionalización del Derecho, cit., pp. 41-42.
- Ferrajoli, L. (1985). *Para una teoría general del garantismo, capítulo 5*. Derecho y razón: teoría del garantismo penal. Editorial Trotta. Madrid, España.
- Franco (2011). El derecho de petición frente al nuevo Código Contencioso Administrativo. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho Ciencias Políticas y Sociales. Bogotá.
- García, A. (1991). *El derecho de Petición*. Revista de derecho político. N. 32. Págs. 123 y 124.
- García, C. (1999). Una libertad pública: el derecho de petición. Tomado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/813975.pdf>, el día 2 de agosto de 2016.
- García, C. (2012). Tramites de las EPS que vulneran el derecho a la salud. Recuperado de: <https://www.asuntoslegales.com.co/consultorio/tramites-de-las-eps-que-vulneran-el-derecho-a-la-salud-2579462>, el día 10 de febrero de 2019.
- García, P. et al. (2010). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. Fedesarrollo, Bogotá.
- Guzmán, K. (2014) Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la Republica.
- Human Rights (2008 - 2016). Breve historia sobre los derechos humanos. Tomado el día 14 de julio de 2016, de: http://www.humanrights.com/es_ES/what-are-human-rights/brief-history/magna-carta.html

- Jáuregui, C. (2005). Análisis jurídico sobre la desnaturalización del derecho de manifestación por grupos de inconformes. Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos. Guatemala.
- Llamas, C. y Betancourt, G. (2011). Enfermedades huérfanas sin apoyo en Colombia. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá.
- Martin, F. y Donoso, M. (2012). El derecho de petición en el nuevo código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo: ley 1437 de 2011. Tomado el día 21 de mayo de 2016, de: <http://www.unilibre.edu.co/verbaiuris/images/stories/vol1/dc2.pdf>
- Martínez, F. (2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia. Tomado de: www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf, el día 15 de septiembre de 2017.
- Martínez, M. (2013). Las enfermedades raras y los vacíos jurídicos en la aplicabilidad de la legislación colombiana para su tratamiento. Universidad de Manizales. Programa de Derecho.
- Mejía A., Sánchez A. y Tamayo J. (2007) Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Revista Salud Pública, pp. 26-38.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Ordenamiento de EPS. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Ordenamiento-EPS-20%20diciembre.pdf>, el 14 de febrero de 2017.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Oferta y demanda del recurso médico en Colombia. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia NO. 34 – Julio 2 de 2013

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1552 de 2013. Tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf>, el día 4 de junio de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1604 de 2013. Tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf>, el día 4 de junio de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Boletín informativo jurídico n. 4. Tomado el día 15 de febrero de 2017, de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/boletin-juridico-4-2015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Logros 2014. Bogotá, Minsalud. Tomado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-2014.pdf, el día 2 de diciembre de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Rendición de cuentas, informe de gestión, logros 2014. Tomado de:

www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-2017.pdf, el día 2 de diciembre de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Plan Obligatorio de Salud – POS. Tomado de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>, el día 3 de junio de 2019.

Molina G. y Vargas, J. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Fac Nac Salud, Vol. 27 N. 2 mayo-agosto, pp. 121-130.

- Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa, guía didáctica. Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.
- Ordoñez, J. (2015). Ley 1392 de 2010 para la atención y el diagnóstico de pacientes con enfermedades huérfanas: un estudio sobre la ineficacia y renuencia de los operadores. Universidad Católica de Colombia, Facultad de derecho, Bogotá.
- Pérez, E. (2015). Efectividad jurídica del derecho de petición y acceso a la información desde el derecho administrativo. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá.
- Prieto, L. (1984). Comentario a las leyes políticas, la Constitución Española de 1978. Madrid, tomo IV.
- Procuraduría General de la Nación (2008). El derecho a la Salud en perspectiva de los derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado Colombiano en materia de quejas en Salud. Imprempaste. Bogotá.
- Ramírez, M. (2014). Breve estudio de ilicitud sustancial en el derecho disciplinario colombiano. Universidad del Rosario Facultad de Jurisprudencia Maestría en Derecho Administrativo.
- Real Academia de la Lengua Española. Definición de petición. Tomado de: <http://dle.rae.es/?id=SpcrZIT>, el día 21 de mayo de 2016.
- Richard, M. (1932). Le droit de Petition. Paris. Richemont, J., Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier. Pág. 3 y 4.
- Ruiz, W. (2004). La responsabilidad médica en Colombia, Revista Criterio Jurídico Santiago de Cali V.4 2004 pp. 195-216
- Salinas, P. (2012). Metodología de la investigación científica. Universidad de Los Andes Mérida. Venezuela.

Sánchez, R. (1987). El derecho de petición y su ejercicio ante las Cámaras. Cortes Generales.

Vol. III. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid, España.

Secretaria de Salud de Bogotá (2010). Régimen Subsidiado. Tomado de:

www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx, el día 2 de diciembre de 2018.

Superintendencia de Salud (2019). Boletín Jurídico 47. Tomado el día 20 de junio de 2019, de:

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/boletin-juridico>

Torres, M. y Paz, K. (2010). Métodos de recolección de datos para la investigación. Boletín

Electrónico No. 03. Facultad de Ingeniería - Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Apéndice

DERECHOS DE PETICIÓN SOLICITANDO INFORMACIÓN

DERECHO DE PETICIÓN

Bogotá, 7 de julio de 2015

Señores:

Superintendencia de Salud

Ciudad.

MOTIVO: Solicitud sobre estadísticas de derechos de petición radicados en la entidad

Angelita Linda Mosquera Barraza, cc. 22468407 y Claudia Patricia Amézquita Almanza, cc. 52225482, con residencia en la ciudad de Bogotá, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional y en el artículo 5º del Código Contencioso Administrativo, me permito muy respetuosamente solicitar de esta entidad lo siguiente: Solicitud sobre estadísticas de derechos de petición radicados en la entidad.

Apoyo mi petición en las razones que paso a exponer:

1. En la actualidad me encuentro haciendo una maestría en investigación social, y un tema de investigación es sobre el Derecho de Petición.
2. Entonces, solicito información de las estadísticas de derecho de petición radicados en la superintendencia en los años 2012, 2013, 2014, y 2015.
3. Especialmente, en lo relacionado sobre el tipo de procedimientos en salud requeridos, solicitud de medicamentos, citas a especialistas, etc.
4. En fin todas las estadísticas que le entidad maneje sobre el tema.

Espero la pronta solución a la presente petición presentada mediante el presente memorial, dentro de los tiempos establecidos por ley.

Atentamente,

Angelita Linda Mosquera Barraza,

CC. 22468407

amosbarraza@gmail.com

Claudia Patricia Amézquita Almanza,

CC. 52225482

amezquitabogadosasociados@hotmail.com

DERECHO DE PETICIÓN

25 de septiembre de 2018

Señores:

Superintendencia de Salud

Ciudad.

MOTIVO: Solicitud sobre estadísticas de derechos de petición radicados en la entidad

Angelita Linda Mosquera Barraza, cc. 22468407 y Claudia Patricia Amézquita Almanza, cc. 52225482, con residencia en la ciudad de Bogotá, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional y en el artículo 5° del Código Contencioso Administrativo, nos permitimos muy respetuosamente solicitar de esta entidad lo siguiente: Solicitud sobre estadísticas de derechos de petición radicados en la entidad.

Apoyo mi petición en las razones que paso a exponer:

5. En la actualidad nos encontramos haciendo una maestría, y el tema de investigación es sobre el Derecho de Petición.
6. Entonces, solicitamos información de las estadísticas de derecho de petición radicados en la superintendencia en los años 2016 y 2017.
7. Especialmente, en lo relacionado sobre el tipo de procedimientos en salud requeridos, solicitud de medicamentos, citas a especialistas, etc.

8. En fin todas las estadísticas que le entidad maneje sobre el tema.
9. Se anexan tres (3) tablas con información ya antes suministrada por la entidad.
10. Por favor enviar la información vía correo electrónico.

Espero la pronta solución a la presente petición presentada mediante el presente memorial, dentro de los tiempos establecidos por ley.

Atentamente,

Angelita Linda Mosquera Barraza,

CC. 22468407

amosbarraza@gmail.com

Claudia Patricia Amézquita Almanza,

CC. 52225482

amezquitabogadosociados@hotmail.com

DERECHO DE PETICIÓN

Bogotá, D.C., 1 de octubre de 2018

Señores

Defensoría del pueblo

Bogotá, D.C.

ASUNTO:

Solicitud sobre estadísticas e información en relación a derechos de petición en salud.

Angelita Linda Mosquera Barraza, C.C. 22.468.407 y Claudia Patricia Amézquita Almanza, C.C. 52.225.482, con residencia en la ciudad de Bogotá, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional y en el artículo 5º del Código Contencioso Administrativo, nos permitimos muy respetuosamente solicitar de esta entidad lo siguiente: Solicitud sobre estadísticas de derechos de petición radicados en la entidad.

Apoyo mi petición en las razones que paso a exponer:

1. En la actualidad nos encontramos haciendo una maestría, y el tema de investigación es sobre el Derecho de Petición en Salud.
2. Entonces, solicitamos información de las estadísticas e información en relación a los derechos de petición radicados en esta oficina en los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.
3. Especialmente, en lo relacionado sobre el tipo de procedimientos en salud requeridos, solicitud de medicamentos, citas a especialistas, etc.

4. Además, toda la información que puedan proporcionar sobre los problemas de sobre la prestación de los servicios de salud.
5. En fin todas las estadísticas e información que le entidad maneje sobre el tema, así como sobre tutelas.
6. Se anexan tres (3) tablas con información ya antes suministrada por la Superintendencia de Salud.
7. Por favor enviar la información vía correo electrónico.

Espero la pronta solución a la presente petición presentada mediante el presente memorial, dentro de los tiempos establecidos por ley.

Atentamente,

Angelita Linda Mosquera Barraza,

CC. 22468407

amosbarraza@gmail.com

Claudia Patricia Amézquita Almanza,

CC. 52225482

amezquitabogadosociados@hotmail.com

INFORMACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD



ASFL02

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2018-091344**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Por favor al contactar cite este número: **2-2018-091344**

Fecha: 18/10/2018 10:43 a.m.

Folios: Anexos!

Origen: Dirección De Atención Al Usuario

Destino: Angelita Linda Mosquera Barraza

Cópie:

Bogotá D.C.

Señora

Angelita Linda Mosquera Barraza

E-mail: amosbarraza@gmail.com

amezquitabogadosasociados@hotmail.com

Referencia: **RESPUESTA A SU PETICIÓN**

Referenciado: 1-2018-154686

Respetada señora Angelita Linda,

En atención a la petición presentada por usted y radicada en esta entidad mediante NURC 1-2018-154686, por medio de la cual solicita las estadísticas de los derechos de petición presentados en esta Superintendencia en el año 2016 y 2017, relacionados con solicitud de medicamentos, citas médicas y procedimientos médicos.

Sobre el particular, es preciso señalar que esta Superintendencia, es un órgano de carácter técnico, cuya **misión es la protección de los derechos de los usuarios en salud**, mediante el ejercicio de la Inspección, Vigilancia y Control de la prestación de los servicios de salud, dentro de la órbita de las competencias asignadas y actuando dentro del marco de la Constitución, la ley y las funciones consignadas en el Decreto 2462 de 2013, y demás normas concordantes.

Ahora bien, dentro del marco de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud y con el objetivo de que se garantice el oportuno acceso a los servicios de salud a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), responsables del aseguramiento, se ejercen de manera regular acciones de inspección, vigilancia y control que se traducen en el análisis de los reportes de información periódica por parte de los vigilados, requerimientos de información, auditorías con enfoques específicos e integrales y visitas de inspección a partir de las cuales y siempre que se evidencie una presunta vulneración a las normas del sistema, se pueden imponer sanciones administrativas, previo el debido proceso administrativo.

En ese sentido, procedemos a anexar la información requerida en tres (03) folios, para los fines y trámites pertinentes.

Bajo los anteriores términos, damos respuesta a su petición.



PETICIONES 2016-2017.pdf

Cordialmente,


Ivonne Julieth Morales Montaña
Coordinadora Del Grupo De Gestión De
Peticiones, Quejas, Reclamos Y
Denuncias

Elaboró: Jennifer Ramirez Montaña 18/10/2018
Revisó: IVONNE JULIETH MORALES MONTAÑA
IVONNE JULIETH MORALES MONTAÑA, con comentario:
Responsable: Ivonne Julieth Morales Montaña
Fecha: 18/10/2018
Radicación:
Responsables: Ivonne Julieth Morales Montaña
que han
revisado:



INFORME DE PQRD AÑO 2016 Y 2017 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

1. COMPORTAMIENTO PQRD AÑO 2016 Y 2017:

	2016	2017	2016-2017
PQRD	457.759	463.431	951.190

Tabla 1. Comportamiento de PQRD año 2016 y 2017
Fuente: Base de datos SNS año 2016 - 2017

2. PQRD POR MOTIVOS ESPECÍFICOS:

MOTIVOS ESPECÍFICOS	2016	2017	2016-2017
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	70.257	77.029	152.286
RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA DE EPS	31.688	32.017	53.683
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS	26.452	30.322	60.814
FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	26.659	21.264	46.623
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	17.937	15.988	33.825
DEMORA DE LA REFERENCIA O CONTRAREFERENCIA	17.142	15.820	33.132
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO O DIAGNÓSTICOS	13.823	10.132	30.836
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	15.075	14.163	26.178
NO APLICACIÓN DE NORMAS, GUÍAS O PROTOCOLOS DE ATENCIÓN	13.817	12.072	25.889
INCONSISTENCIAS EN EL REPORTE DE NOVEDADES	12.945	12.299	24.804
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	12.149	10.433	22.832
NEGACIÓN PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS	9.296	9.819	18.215
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	8.006	10.770	18.776
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA POS	8.422	9.078	18.300
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS	5.060	10.425	15.486
BAJERAS DE ACCESO EN LA AFILIACIÓN (TRÁMITES NO CONTEMPLADOS POR LA LEY)	7.575	7.436	15.011
SEGUIMIENTO A DERECHOS DE PETICIÓN	4.920	7.709	13.958
NEGACIÓN PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	6.366	6.163	12.548
NO RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DERIVADAS DE LICENCIA DE ENFERMEDAD GENERAL	5.044	7.254	12.258
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA CÁNCER	6.125	6.119	10.268
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS POS	4.338	5.621	9.899
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	5.923	3.743	9.485
CÁNCER	3.044	6.279	8.374
CONTRATOS VENCIDOS CON IPS QUE AFECTAN LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO	5.515	5.610	8.131
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE INSURIS NO POS	5.288	4.881	8.589
DESAFILIACIÓN	5.272	2.751	8.223
RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA DE IPS	3.245	3.880	8.745
FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMO-PATOLOGÍA	3.375	3.322	8.697
SEGUIMIENTO A TUTELAS	3.783	2.838	8.631
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIONES	2.981	3.643	8.624
FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO (TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DEL LENGUAJE, ETC.)	3.641	2.893	8.534
NEGACIÓN AFILIACIÓN	3.483	2.742	8.208
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA	3.335	3.230	8.164
DEIFICULTAD DE COMUNICACIÓN CON LAS LINEAS PARA CITAS	3.660	2.470	8.120
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE ATENCIONES COMO URGENTE	2.924	2.907	5.816

TRASLADO DE MUNICIPIO	2.583	2.590	5.736
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS POS	1.651	2.814	5.455
NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA DE OTRAS ESPECIALIDADES	2.517	2.591	3.956
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA	2.529	2.130	4.859
TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA AFILIACION QUE SON RESPONSABILIDAD DE LA EPS, TRASLADADOS AL USUARIO	2.785	1.890	4.651
NO ACTIVO EN BASE DE DATOS DE LAS EPS	2.373	2.946	4.421
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS	2.250	2.600	4.255
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA PEDIATRIA	2.283	1.820	4.217
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CITAS NO POS	1.623	2.277	4.200
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE CARDIOLOGIA	2.070	2.190	4.192
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	2.690	1.527	4.171
DEMORA EN EL RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS MATICOSI	1.682	2.272	4.164
NO RECONOCIMIENTO Y PAGO DE PRESTACIONES ECONOMICAS DERIVADAS DE LICENCIA DE MATERNIDAD	1.643	2.349	4.056
DEFICIENCIAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	1.356	2.552	3.905
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE REEMBOLSOS NO POS	1.584	1.672	3.565
FALLAS EN LA OPORTUNIDAD PARA LA UBICACION DEL USUARIO (REFERENCIA CONTRAREFERENCIA)	827	2.820	3.447
PRESENTES FALLAS EN LA ETICA DE LA EPS	1.029	1.582	3.447
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS POS	1.429	1.241	3.220
INCONSISTENCIAS EN REPORTE DE SERVICIOS	1.667	1.329	2.946
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA DE GASTROENTEROLOGIA	1.443	1.262	2.735
SOLICITUD DEL USUARIO DE TRASLADO DE EPS POR FALLAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO	584	1.611	2.695
NEGACION DE LA AUTORIZACION DE REEMBOLSOS NO POS	1.262	1.329	2.591
NEGACION DE LA AUTORIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO O DIAGNOSTICOS	1.235	1.149	2.383
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE REEMBOLSOS PARA TERAPIAS FISICAS, OCUPACIONALES, RESPIRATORIAS Y DEL LENGUAJE	890	1.420	2.360
NEGACION DE INSUMOS MEDICOS	1.111	1.263	2.314
FALTA DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACION DE SERVICIOS DE GINECOLOGIA DE PRIMER NIVEL	1.196	1.143	2.299
FALTA DE OPORTUNIDAD POR FALTA DE ENTREGA INCOMPLETA DE LOS MEDICAMENTOS	975	1.319	2.291
DESACATO A TUTELAS	1.335	969	2.243
RESTRICCION EN LA LIBRE ESCOGIDA DE EPS POR ASIGNACION FORZOSA	1.383	829	2.209
NEGACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE GINECOLOGIA	1.065	1.064	2.189
INCONSISTENCIAS EN LOS REPORTE DE LOS USUARIOS	1.202	959	2.165
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA ODONTOLOGICA BASICA	871	1.145	2.019
MATERNIDAD INFANTIL	478	1.525	2.001
NEGACION DE LA AUTORIZACION DE CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIZADAS	1.022	979	1.989
INCONSISTENCIA EN EL COBRO DE PAGOS	1.027	894	1.953
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE MEDICINA LABORAL DE LAS EPS, PARA DEFINIR ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	945	969	1.943
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE CONSULTAS MEDICAS SUB-ESPECIALIZADAS	654	1.278	1.934
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	1.012	855	1.867
RESTRICCION EN LA LIBRE ESCOGIDA DE MEDICO ESPECIALISTA	954	962	1.846
INSUFICIENCIA DE RED PRESTADORA	963	879	1.842
USUARIO DE INFORMACION PRESENTE EN SERVICIO DE ATENCION EN SALUD QUE LE ESTAN PRESTANDO	956	1.171	1.827
INCONSISTENCIAS POR DEVOLUCION DE APORTE	906	949	1.815
DEMORA EN EL RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS (PROCEDIMIENTOS U HOSPITALIZACION)	913	947	1.763
NEGACION DEL REEMBOLSO	718	1.012	1.733
SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN	1.164	931	1.693
NEGACION PARA LA PROGRAMACION DE REALIZACION DE CIRUGIA	849	798	1.647
FALTA DE PUNTOS DE ATENCION	740	827	1.567
NEGACION DE LA AUTORIZACION DE SERVICIOS NO POS	796	778	1.563
NEGACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS	874	777	1.451
NEGACION DE LA AUTORIZACION DE CONSULTAS DOMICILIARIAS	791	944	1.335
INCONSISTENCIA EN EL COBRO DE CUIDADO MODERADOR	623	926	1.273
NO ACTIVO EN BASE DE DATOS DE EPS (REDUJA)	825	907	1.242
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION	750	491	1.241
NEGACION DE LA AUTORIZACION DE TRANSPORTE DE AMBULANCIA AMBULATORIA	595	634	1.227

DEFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE DERECHOS, DEBETES Y TRÁMITES	492	745	1.238
NEGACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS HOSPITALARIOS POS	757	492	1.249
NEGACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	642	552	1.194
FALTA DE OPORTUNIDAD POR EL VENIMIENTO DE LAS AUTORIZACIONES	805	368	1.173
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA POS	607	515	1.122
SALUD MENTAL	490	582	1.072
NEGACIÓN DEL SERVICIO CUANDO NO SE HA HECHO EFECTIVO EL TRASLADO A OTRA EPS	727	316	1.043
ERRORES POR PARTE DEL RECURSO HUMANO	568	377	945
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (CARDIOVASCULARES)	415	527	942
FALLAS O IRREGULARIDADES EN EL MANEJO TÉCNICO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y/O REGISTROS ASISTENCIALES	560	385	945
RECURSO HUMANO NO IDÓNEO	568	358	926
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA: CÁNCER	438	451	889
NEGACIÓN SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO (TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, ETC.)	432	389	821
NEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMO-PATOLÓGICO	401	421	822
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DIABETES	311	488	797
NEGACIÓN PARA LA PROGRAMACIÓN Y/O REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	425	369	792
TRATO INCORRECTO O DESHUMANIZADO	525	261	786
FALTA DE DISECCIONAMIENTO EN LA INFORMACIÓN E INFORMACIÓN ERRÓNEA, SUMINISTRADA	482	297	779
NEGACIÓN DE LA REFERENCIA O CONTRAREFERENCIA	385	380	765
UNIDAD Y OTRAS ET SERVICIO	190	562	752
DIFFICULTAD DE COMUNICACIÓN CON LAS LINEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE	383	328	711
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS POS	370	337	707
NO RECONOCIMIENTO DE LA LICENCIA DE PATERMIDIA	283	380	663
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RENALES	279	434	713
FALTA O DEFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS	385	270	655
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POS	341	322	663
INCREMENTO DE TARIFAS EN PLANES DE MEDICINA PREPAGADA Y/O PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	402	256	658
MULTIPLICACIÓN	416	233	649
DEMORA EN EL RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS (MEDICAMENTOS)	254	385	639
NEGACIÓN PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS	111	529	640
INCONSISTENCIAS EN EL COBRO DE MULTAS POR INASISTENCIA	341	297	638
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA ENFERMEDAD RENAL	215	381	596
INCAPACIDAD DE LOS SERVICIOS PARA ACTUAR DE FORMA SINCRÓNICA Y ARTICULADA (ATENCIÓN FRAGMENTADA)	287	294	581
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIONES	255	312	567
INCORPORACIÓN POR RESPUESTA A DERECHO DE PETICIÓN	247	327	574
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA PARA ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS	201	279	520
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	211	261	542
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE ELEMENTOS DE AYUDAS AUDITIVAS	248	258	546
FALLAS EN LA RESPONSABILIDAD DE TRANSPORTE PARA LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES	213	319	532
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA NO POS	281	249	530
SERVICIOS NO ADECUADOS A LAS NECESIDADES CULTURALES Y PARTICULARES DE LA POBLACIÓN	515	211	527
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA OBSTETRICIA	224	280	514
FALTA DE OPORTUNIDAD DE LOS PAÍSES DE LAS JUNTAS CALIFICADORAS PARA INVALIDEZ RIESGOS PROFESIONALES	235	270	514
NEGACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS HOSPITALARIOS	130	372	502
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS NO POS	238	242	480
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	291	225	471
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO PARA MEDICAMENTOS NO POS	306	164	470
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS POR LA DERIVACIÓN AL USUARIO DEL TRÁMITE DE PRESENTACIÓN ANTE EL C.T.C.	222	241	463
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL	230	231	461
DEMORA DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA VIH	227	207	434
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS	166	234	438
EVENTOS ADVERSOS	216	178	394

NO RECONOCIMIENTO Y PAGO DE ACCIDENTE DE TRABAJO	PRESTACIONES ECONOMICAS DERIVADAS INCAPACIDAD DE	189	204	303
NEGACION DE LA AUTORIZACION	SUMOS POS	221	197	306
NO RECONOCIMIENTO Y PAGO DE ACCIDENTE DE TRABAJO	PRESTACIONES ECONOMICAS DERIVADAS DE INCAPACIDAD DE	194	190	304
MUERTE O FALLECIMIENTO DE USUARIO		224	157	301
RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOJA DE IPS PARA CIRUGIA		179	194	175
DEMORA DE LA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS NO POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS		184	177	371
BENEFICIARIOS QUE NO CORRESPONDEN		190	219	309
INCONSISTENCIA EN LA BASE DE DATOS	EL FALLECIDO	190	194	304
NEGACION DE LA AUTORIZACION Y DEL LENGUAJE	DEVENIMIENTOS PARA TERAPIAS FISIICAS, OCUPACIONALES, RESPIRATORIAS	187	191	348
ENFERMEDADES HUERFANAS		190	232	332
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRATADAS	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	123	155	336
OMISION DE INFORMACION	EN LA RED DE PRESTADORES	221	98	332
IMPOSIBILIDAD PARA COMUNICAR POSTERIORES O ADICIONALES A LA AUTORIZACION	EN LA EAPB PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS	288	21	319
NEGACION DE LA REFERENCIA	CON INFORMAL DE URGENCIAS	182	196	316
NEGACION DE INSUMOS MEDICOS	AYUDAS ALTERNAS	158	193	277
NEGACION DE LA HOSPITALIZACION		142	127	289
NEGACION PARA LA PRESTACION	SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENICION	117	190	207
NO CUMPLIMIENTO DE TUBEROSIDAD	DEL MUNICIPIO DE REFERENCIA	145	131	289
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA RED POS	LISTA DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO PARA PROCEDIMIENTOS NO	173	91	284
HIPERTENSION		135	136	261
FALTA DE DISPONIBILIDAD EN CAMAS		133	134	257
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE USUARIOS		161	94	246
OMISION DE PAGARE O ALGUN OTRO DOCUMENTO COMO REQUISITOS PARA PRESTAR EL SERVICIO DE SALUD		160	90	240
NEGACION DE AFILIACION POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRATADAS	EN LA DOCUMENTACION	134	190	238
INSUFICIENCIA DE RED PRESTADORA	EN EL SISTEMA OSTEOARTICULAR (ARTROSIS)	120	112	232
DEPARTAMENTO	PARA SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN EL	138	90	229
PLANTA FISICA, ESPACIOS, MUEBLES	DOTACION INADECUADA	120	109	220
FALTA DE PERSONAL ESPECIALIZADO		108	85	225
NEGACION EN LA RESPUESTA DEL MEDICO	EN EL TECNICO CIENTIFICO PARA MEDICAMENTOS NO POS	159	34	234
NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA	ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA	160	112	219
INCONSISTENCIA EN EL COBRO DE SERVICIOS	PAGO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO SEGURIDAD	108	105	212
NO RECONOCIMIENTO Y PAGO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL	PRESTACIONES ECONOMICAS DERIVADAS INCAPACIDAD DE	90	116	212
COMPLICACIONES DEL MANEJO MEDICO	O QUIRURGICO	89	112	213
DEMORA EN EL RECONOCIMIENTO	REEMBOLSOS (INSUMOS)	74	116	190
NEGACION DE LA AUTORIZACION	CONSULTAS MEDICAS SUB-ESPECIALIZADAS	89	90	180
NEGACION DE LA AUTORIZACION	TRANSPORTE DE AMBULANCIA MEDICAL UNICA	101	87	180
FALTA DE RED DE FARMACIAS		75	112	187
FALTA DE PERSONAL ASISTENCIAL		81	99	180
INCONFORMIDAD POR RESPUESTA	TELA	87	80	177
FALTA DE PERSONAL ADMINISTRATIVO		89	90	176
NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA	ESPECIALIZADA DE GINECOLOGIA	83	82	175
FALTA DE OPORTUNIDAD EN CONSULTA	INTERNO	79	81	170
NEGACION DE LA CONSULTA MEDICA	ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA	79	81	170
TRAMITE DE LA REFERENCIA A CAMPA	DEL USUARIO	70	87	157
FALTA DE DISPONIBILIDAD DE CAMAS	DEL SERVICIO SOLICITADO EN LA RED DE LA EAPB O DEL ENTE	90	81	157
TERRESTRIAL (REFERENCIA CONTRA)	REFERENCIA]			
DEMORA DE LA AUTORIZACION	SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA ENFERMEDADES RARAS O HUERFANAS	30	125	155
SALUD ORAL		53	101	154
INCUMPLIMIENTO DE LA DESIGNACION	COMITE TECNICO CIENTIFICO	77	79	152
NEGACION DE LA AUTORIZACION	ATENCIÓN EN SALUD DERIVADA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y	84	82	143
ENFERMEDAD PROFESIONAL				
NEGACION DE LA AUTORIZACION	CONSULTA MEDICA GENERAL	88	70	130
DISCRIMINACION		89	87	132
PERIODOS DE CUBIERTA ANTICIPADA		87	31	128



NEGACIÓN EN LA RESPUESTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO PARA PROCEDIMIENTOS NO POS	87	35	122
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS	45	36	121
NEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD POR EXCLUSIONES EN PLANES DE MEDICINA PREPAGADA Y/O PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	78	43	121
NO RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DERIVADAS INCAPACIDAD DE ENFERMEDAD PROFESIONAL	39	37	119
FALTA DE CONTRATACIÓN PARA LA ENTREGA OPORTUNA Y CONTINUA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	13	103	116
NEGACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA DE CARDIOLOGÍA	54	81	115
FALLAS RELACIONADAS A LA CARNETIZACIÓN	79	36	115
DEFICIENTE PERCEPCIÓN SOBRE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL LUGAR CANAS, SILLAS, CAMELAS	31	79	110
INFORMACIÓN SOBRE CONSULTAS MÉDICAS	73	37	110
NEGACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA	43	66	109
ELUCIÓN Y/O FALSA DE APORTES	80	26	106
AMBULANCIA INADECUADA PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD (REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA)	20	81	101
NEGACIÓN DE AFILIACIÓN POR DUBLICIDAD DEL AFILIADO	33	36	96
DISPOSITIVOS MÉDICOS O EQUIPOS BIOMÉDICOS DEFECTIVOS O CON MAL FUNCIONAMIENTO	53	43	96
RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA DE MEDICO GENERAL	62	33	96
EXIGENCIA DE FOTOCOPIAS O AUTENTICACIONES DE ALGUN DOCUMENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	56	32	88
INCUMPLIMIENTO EN LAS ACCIONES DE NUTRICIÓN	77	8	77
NEGACIÓN DE LA CONTRAREFERENCIA	63	22	75
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE ELEMENTOS DE AYUDAS AUDITIVAS	41	31	72
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO PARA MEDICAMENTOS NO POS DE ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS	60	8	71
CONSENTIMIENTO INFORMADO	46	20	68
INSUFICIENCIA DE RED PRESTADORA PARA LOS SERVICIOS DE ALTO COSTO	32	24	68
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA VIH	30	34	64
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA ENFERMEDAD RENAL	34	26	62
DEFICIENTE PERCEPCIÓN SOBRE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL LUGAR CONSULTORIOS	38	20	58
NEGACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA PARA ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS	13	41	54
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	19	24	52
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS	36	16	51
COBRO DE UPC ADICIONAL	30	20	50
INCUMPLIMIENTO DE NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA, CONTROL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL PARTO	22	27	49
NEGACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA DE OBSTETRICIA	28	22	48
FRACCO INCREMENTO EN EL COBRO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS	31	17	45
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS NO POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS	24	22	45
INSUFICIENCIA DE RED PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO COBERTO POR LOS SUBSIDIOS A LA DEMANDA	19	17	40
FALLAS EN LA COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA PAPE	33	22	45
SUMINISTRO HOSPITALARIO POR INSUFICIENTE	27	17	44
FALTA DE CONTRATACIÓN PARA LA PRESTACIÓN OPORTUNA Y CONTINUA DE PROCEDIMIENTOS Y/O SERVICIOS DE ALTO COSTO	5	37	40
NEGACIÓN DE LOS FALLOS DE LAS JUNTAS CALIFICADORAS PARA INVALIDEZ-RIESGOS PROFESIONALES	25	18	41
DEFICIENTE PERCEPCIÓN SOBRE EL ASO	15	24	39
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO PARA PROCEDIMIENTOS NO POS DE ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS	29	8	37
RESTRICCIÓN EN LA LIBRE ESCOGENCIA PARA INDÍGENAS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO	35	3	37
INCUMPLIMIENTO DE LA DECISION DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO PARA ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS	15	21	36
FALLA EN EL REPORTE DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS A LA CAPE POR PARTE DEL PRESTADOR	13	21	35
ENFERMEDADES INMUNOPREVENCIBLES	27	8	35
ENFERMEDAD CRÓNICA TRANSMISIBLE	20	14	34
FALLAS EN EL MANEJO, AVANZAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	15	15	30
FALTA O DEFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	19	11	30
INSUFICIENCIA DE RED PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO POS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	18	8	27



NEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PLANES DE MEDICINA PREPAGADA	ACOSOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD POR PREEXISTENCIA EN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	2	24	28
OBESIDAD		15	10	25
CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIA PERSONAL MÉDICO O PARAMÉDICO	ESTUDIANTES EJERCENDO	10	14	24
REFERENCIA CONTRAREFERENCIA	ODONEO PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y TRASLADO DEL PACIENTE	7	14	21
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR CONTACTO	ENFERMEDADES TROPICALES	14	6	20
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALTO COSTO PARA ENFERMEDADES HUELFANAS		7	11	18
NEGACIÓN AFILIACIÓN (PARA EMERGENCIAS)	EDADES RARAS O HUELFANAS	10	8	18
NO REALIZACIÓN DEL TRIAGE AL SERVIDOR	NO POR PARTE DEL PRESTADOR	5	12	17
NEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS NO POS PARA ENFERMEDADES RARAS O HUELFANAS		9	7	16
DEFICIENTE PERCEPCIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL LUGAR SALAS DE QUIRÓFANO	8	0	10
INSUFICIENCIA DE RED PRESTADORA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA EN EL MUNICIPIO		8	7	15
SUMINISTRO HOSPITALARIO NO DEBIDAMENTE	INSUFICIENTE	11	3	14
NEGACIÓN DE AFILIACIÓN A AGRUPACIONES O ASOCIACIONES		14	0	14
NEGACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	PAGO DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS AL PRESTADOR	5	8	13
INCUMPLIMIENTO EN LAS ACCIONES DE GESTIÓN EN LA CONTINUIDAD DEL TERRESTRIAL	DE SALUD PÚBLICA	10	2	12
INCUMPLIMIENTO EN LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN	SEGURAMIENTO Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL	6	0	12
FALTA DE PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES		4	6	10
INCUMPLIMIENTO DE OTROS NORMAS TÉCNICAS Y GUÍAS DE ATENCIÓN DE LAS INTERVENCIÓNES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA		5	2	8
NO RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS ECONÓMICAS DERIVADAS POR LICENCIA DE ADOCIÓN		1	7	8
INCUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA		4	3	7
INCUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		2	4	6
INCUMPLIMIENTO EN DEFINICIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	4	1	5
INCUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN OPERACIONAL Y CONTROL	4	1	5
INCUMPLIMIENTO EN ASISTENCIA TÉCNICA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A IPS	CONTROL DE CALIDAD DE LA RED DE LABORATORIOS	3	2	5
GESTIÓN DEL ASSEGURAMIENTO POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL EN EVENTOS NO POS	TECNOLÓGICO E INSUMOS PARA LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA	1	3	4
FALTA DE DISPONIBILIDAD SALAS DE PARTO		3	4	4
INCUMPLIMIENTO EN ASISTENCIA TÉCNICA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A MUNICIPIOS		2	2	4
INCUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA-VIH		3	3	3
INCUMPLIMIENTO EN EL SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		1	2	3
COMPETENCIA DESLEAL POR PARTE DE LAS EPS		3	0	3
INCUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA-TBC Y LEPTA		8	2	2
INCUMPLIMIENTO EN OTRAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA		1	1	2
INCUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INDICADORES DE CALIDAD POR PARTE DE LAS IPS		2	0	2
FALLAS EN LOS MEDIOS O MECANISMOS DE COMUNICACIÓN EMPLEADOS POR LA EAPB PARA EL REPORTE DE LA TEMPRANA		2	0	2
INCUMPLIMIENTO DE ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA-SIFILIS CONGÉNITA		0	1	1
INCUMPLIMIENTO EN LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		1	0	1
INCUMPLIMIENTO EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA (LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA)		1	0	1
INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS ASIGNADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES		1	0	1
EXCLUSIÓN PARA PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD		1	0	1
TOTAL GENERAL		407.799	483.471	955.950

Tabla 2. PGRD año 2018 y 2017 por motivos específicos
Fuente: Base de datos SNS año 2018 - 2017

INFORMACIÓN DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO



Bogotá D.C.

Señoras:

ANGELITA LINDA MOSQUERA BARRAZA
CLAUDIA PATRICIA AMÉZQUITA ALMANZA
Calle 12B # 7-90 oficina 404
Bogotá, D.C.

Referencia: Respuesta a solicitud de información derecho de petición en salud

Respetadas señoras:

En atención al asunto de la referencia en la cual solicita estadísticas e información relacionada con derechos de petición en salud, me permito dar respuesta a sus requerimientos con base en el sistema de información de la Defensoría del Pueblo - VISION WEB ATQ - y la base de datos de tutelas suministrada por la Honorable Corte Constitucional:

1. Estadísticas e información de derechos de petición relacionados con salud tramitados por la Defensoría del Pueblo

AÑOS	TIPO PETICIÓN			
	ASESORÍAS	QUEJAS	SOLICITUDES	SUBTOTAL
2012	3.704	2.522	1.359	7.585
2013	4.022	3.103	1.958	11.773
2014	6.332	6.124	2.462	14.938
2015	9.740	8.890	2.832	21.461
2016	13.533	9.184	4.312	25.029
2017	10.586	10.096	5.549	26.231
2018*	3.275	11.502	2.471	17.248

*Fecha de corte: octubre 9

Fuente: Dirección Nacional de Trámites y Quejas

2. Tipos de procedimientos en salud requeridos, solicitud de medicamentos, citas a especialistas, etc.

Con relación a esta solicitud, la información de la Defensoría no tiene la discriminación tal como se requiere, sin embargo anexamos dos archivos con las conductas vulneratorias estandarizadas en el sistema de información de la entidad para cada uno de los años requeridos (solo para las quejas), aclarando que en una misma queja se pueden registrar varias conductas vulneratorias.

3. Estadísticas e información que la entidad maneje sobre el tema de tutelas.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo, anualmente elabora un informe sobre el comportamiento de las tutelas que invocan el derecho a la salud en todo el país, cifras que se resumen en la siguiente tabla.

Dirección: Carrera 9 N. 16 - 21 Bogotá D.C.
PBO: (571) 3140700 - Línea Nacional: 81 8000 914814
www.defensoria.gov.co
Platilla Vigente desde: 27/06/2017





Año	Tutelas		Participación salud %	Tasa de crecimiento anual %	
	Total	Salud		Total	Salud
2012	424.400	114.333	26,94	4,70	7,90
2013	454.500	115.147	25,33	7,09	0,73
2014	408.240	118.281	28,74	5,62	2,72
2015	614.520	151.733	24,63	33,34	27,82
2016	617.071	163.977	26,57	0,42	8,44
2017	607.488	107.625	17,54	-1,51	20,54
Total	3.216.230	860.586	26,76		

Fuente: Corte Constitucional
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Adicionalmente se anexan las siguientes publicaciones en formato PDF.

- La tutela y el derecho a la salud 2012
- La tutela y el derecho a la salud y a la seguridad social 2013
- La tutela y el derecho a la salud y a la seguridad social 2014
- La tutela y el derecho a la salud y a la seguridad social 2015
- La tutela y el derecho a la salud 2016

Con relación a la publicación del año 2017, aún se encuentra en proceso de impresión.

Cordialmente,

RODOLFO HERNANDO MORENO MINA
Delegado para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

Anexos: 1 CD con 8 archivos

Proyecto: Hilario Rando A102 - Profesional Especializado Delegado para el derecho a la Salud y la Seguridad Social
Archivado en: Derechos de Petición de Información General
Consecutivo Dependencia 4050- 1316