



PLAN COMPLEMENTARIO Y SISTEMA INTEGRAL DE SALUD

JOSÉ EDUARDO CELIS TRUJILLO
LEIDY YAZMÍN CARRANZA SÁNCHEZ
GERARDO HERNÁNDEZ HURTADO

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
FACULTAD DE POSGRADOS
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN DERECHO DEL TRABAJO
Bogotá
2019

Tabla de Contenido

Plan Complementario y Derecho a la Salud Integral	3
Resumen	3
Abstract	4
Introducción.....	6
Justificación	7
Planteamiento del Problema	8
objetivo general.	9
Marco de Teórico	11
Los desarrollos legales: Ley 100 de 1993 y otras	16
Plan de Beneficios en Salud POS	18
Naturaleza de los Planes Complementarios de Salud	21
El Caso de Compensar y su Plan Complementario	25
Principio de Integralidad del Derecho a la Salud.	28
Conclusiones	32
Referencias Bibliográficas	34

Plan Complementario y Derecho a la Salud Integral

Resumen

Con esta investigación se analizará si los Planes Complementarios, vulneran el derecho integral a la salud, de quienes solo cuentan con el Plan de Beneficios en Salud (antes POS), para ello se estudiara el Sistema de Seguridad Social Integral, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), El Decreto 806 de 1998, el Decreto Único Reglamentario del sector salud y de protección social que compila las diferentes normas que regulan nuestro sistema de salud, la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES, las EPS, la forma como contratan las IPS, los Planes Complementarios y el Plan de Beneficios, cómo funcionan las cuotas moderadoras y copagos.

En esta investigación se tomara como análisis de caso la EPS Compensar, ya que los datos analizados sugieren la debilidad de nuestro sistema de salud integral y la forma como estas empresas prestadoras de salud inducen a la compra de Planes Complementarios de Salud para mejorar el servicio ofrecido por el Plan de Beneficios en salud y con ello posiblemente dejar de lado el verdadero sentido de la Ley 100 de 1993, que creó y aplico un sistema de seguridad social, pensado en favorecer a la población más vulnerable y pobre de la sociedad, y a la parte trabajadora, que en los últimos años se ha visto envuelto en una crisis que se puede evidenciar mediante las múltiples quejas de los usuarios por la deficiente atención en la asignación de citas, en la entrega de medicamentos, la lentitud en la autorización de tratamientos médicos, entre otras, para lo cual las EPS, inducen a los usuarios a que se afilien a los Planes complementarios en salud, ofreciendo un sinnúmero de beneficios como red propia de especialistas entre otros.

Abstract

With this research, it will be analyzed if the Complementary Plans violate the integral right to health, of those who only have the Health Benefits Plan (before POS), for which the Comprehensive Social Security System, the General Security System will be studied. Social Health (SGSSS), the Decree 806 of 1998, the Single Regulatory Decree of the health and social protection sector that compiles the different regulations that regulate our health system, the Resource Manager of the General System of Social Security in Health -ADRES, the EPS, the how they hire IPS, the Complementary Plans and the Benefits Plan, how the moderator fees and co-payments work.

In this investigation the EPS will be taken as a case study, since the analyzed data suggest the weakness of our integral health system and the way in which these health providers induce the purchase of Complementary Health Plans to improve the service offered. for the Health Benefits Plan and with this possibly leaving aside the true meaning of Law 100 of 1993, which created and applied a social security system, designed to favor the most vulnerable and poorest of society, and the working party, which in recent years has been involved in a crisis that can be evidenced by the multiple complaints of users for the poor attention in the allocation of appointments, in the delivery of medicines, the slowness in the authorization of medical treatments , among others, for which the EPS, induce users to join the complementary health plans, offering a number of benefits ios as a network of specialists among others.

Palabras Clave:

Sistema de Seguridad Social Integral, Plan Obligatorio de Salud, Planes Complementarios de Salud, Plan de Beneficios en Salud (Antes POS), Cuota Moderadora, Copago, Ley 100 de 1993, Garantía del Estado.

Keywords

Comprehensive Social Security System, Compulsory Health Plan, Complementary Health Plans, Health Benefits Plan (Before POS), Moderator Fee, Co-payment, Law 100 of 1993, State Guarantee.

Introducción

En Colombia antes de la ley 100 de 1993, existía el Sistema Nacional de Salud y funcionaba a través de unas Secretarías Seccionales, bajo un sistema garantista, mediante el cual se debería brindar un excelente servicio en salud. Pero luego de esta fecha y tras los continuos cambios del modelo de Estado a un Estado más liberal y menos de bienestar, la salud se ha convertido también en un botín de oro del cual se pueden extraer recursos, sobre todo para los privados que incursionan en este sector, introduciendo en salud a criterios mercantilistas de la eficacia y la eficiencia.

Una de esas formas es plantear a los usuarios de la salud que la mejor forma de tener un buen servicio en salud eficiente y con dignidad humana es pagar un Plan Complementario, haciendo ver el Plan Obligatorio de salud como escaso, limitado y de baja calidad.

Pero en realidad el Plan de beneficios en salud (antes POS) debe atender la salud de los ciudadanos de forma INTEGRAL, es decir que los usuarios no deben pagar más para tener la cobertura en salud como lo exige la ley.

Se presenta entonces de forma errónea la presentación de los Planes Complementarios de Salud como si fuera una extensión de la medicina pre-pagada o de los seguros de salud y confunden a los usuarios respecto de los servicios integrales a que deben tener derecho.

Por eso conviene saber si existe una vulneración al Derecho Integral a la Salud de los usuarios que no se encuentran afiliados a un Plan Complementario de Salud, lo mismo que revisar la fundamentación legal y jurisprudencial

Justificación

La razón de este análisis es identificar cuál es el concepto y la finalidad de los planes complementarios de salud y si existe contradicción con el Sistema de Seguridad Social Integral que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias en salud que la afecten y el Plan de Beneficios como conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.

Si bien el Sistema de Seguridad Social Integral busca, como su nombre lo dice, la protección integral en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, por tanto es importante saber si existe una vulneración al Derecho Integral a la Salud de los usuarios que no se encuentran en capacidad de afiliarse a un Plan Complementario de Salud y si éste ofrece o sobrepasa alguna de los derecho a que tiene un usuario y que en últimas protege el sistema.

Planteamiento del Problema

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto, la prestación de un servicio de salud oportuno eficiente y de calidad, el cual debe ser garante de los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad, para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana (Ley 100, 1993), pero según explica la Supersalud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud además del Plan de Beneficios en Salud permite que se ofrezcan a los usuarios del sistema, servicios conocidos como Planes Complementarios de salud (Ley 100, 1993), cuya naturaleza es de carácter opcional, voluntario y financiado en su totalidad por quien lo contrata, puede ser prestado únicamente por las EPS, con su misma red, pero garantizando un complemento como su nombre lo indica, al proceso de atención previsto dentro del Plan de Beneficios en Salud, que puede incluir, mayor oferta de servicios y mayor oportunidad en la atención de algunos servicios.

Por lo tanto es importante preguntar **¿existe una vulneración al Derecho Integral a la Salud de los usuarios que no se encuentran afiliados a un Plan Complementario de Salud?**

Objetivos

objetivo general.

Analizar si con el Plan de Beneficios en Salud (POS) se puede obtener la prestación de un servicio oportuno, eficaz y de calidad, cuando el usuario no está en capacidad de sufragar un costo adicional como el plan complementario de salud y si éste no vulnera el principio de Integralidad previsto en el sistema de seguridad social Integral según la Constitución Nacional, la Ley 100 de 1993 y demás normas que lo modifiquen.

objetivos específicos.

1. Explicar en qué consiste el Derecho a la Salud Integral en el Sistema de Seguridad Social Integral.
2. Identificar los elementos que componen un Plan de Beneficios en Salud (POS) desde la perspectiva de un concepto de salud integral.
3. Identificar los límites y alcances del Plan complementario de Salud.

Hipótesis

Con los Planes Complementarios se vulneran los derechos a la salud integral propuesta en el prólogo y objetivos de la Ley 100 de 1993, como complemento al proceso de atención previsto dentro del Plan de Beneficios en Salud, (POS). Es obligación del Estado de proporcionar una cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud mediante la integralidad del servicio de salud. Con el advenimiento de los Planes Complementarios de Salud se permite que las Entidades Promotora de Salud induzcan a los usuarios a la compra de Planes Complementarios o medicina prepagada.

El objetivo de la Seguridad Social Integral, es proteger los derechos fundamentales a la vida, la salud, y al mínimo vital, los cuales no pueden ser vulnerados por ninguna entidad que preste el servicio de salud. Por ende estas entidades no deben abstenerse de brindar un servicio, acorde a los principios constitucionales, jurisprudenciales e internacionales, que garantizan una vida digna y sin necesidad de verse inmerso en gastos adicionales, como en el Plan Complementario de Salud, que de alguna manera limita un buen servicio en el Plan de Beneficios (POS), dejando por fuera garantías.

Si lo que busca el Plan Complementarios de Salud, es brindar coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, representando para los afiliados una mejora en las condiciones del servicio prestado por su Entidad promotora de Salud EPS, lo que se deberían ofrecer son planes de medicina prepagada, contratados y financiados de manera voluntaria por el usuario, donde su permanencia en el mismo dependerá de las condiciones pactadas y con recursos diferentes a los de las EPS. La Medicina Prepaga no funciona como un sistema de seguridad social, sino como un contrato de aseguramiento donde los usuarios determinan los grados de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual o para el afiliado y su grupo familiar y así no se afecta el Plan de Beneficios En Salud.

Marco de Teórico

En la Constitución Política, la salud viene definida como un servicio público, el cual puede ser prestado por entidades públicas o privadas. Sin embargo, la salud también es considerada como un derecho, el cual, según la Corte Constitucional, a pesar de tener un carácter prestacional, se estima fundamental en sí mismo en algunos eventos y, por ende, es exigible por vía de la acción de tutela.

Señala la Corte Constitucional que ha protegido este derecho por tres vías, “(I) *estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad*; (Corte Constitucional, T-3.714.929, 2013, 2013), (II) *reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado*; (III) *afirmando, en general, la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna*” (Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión, T-4286464, 2014).

El Sistema de Seguridad Social Integral se rige por la Ley 100 de 1993 que reúne coordinadamente un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la Ley 100, ha sido reformado por la Ley 1122 de 2017 y la Ley 1438 de 2011, así como por múltiples resoluciones y decretos, entre otras normas. Actualmente el Decreto Único Reglamentario del sector salud y de protección social 780 de 2016 compila las diferentes

normas que regulan nuestro sistema. (Ley 1122 de 2017, 2017), (Ley 1438 de 2011, 2011), (Decreto Unico Reglamentario del Sector Salud y Proteccion Social, 2016)

Mediante el Decreto 806 de 1998 se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad, que en su artículo 19 nos habla que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes planes adicionales, Planes de atención complementaria en salud, Planes de medicina prepagada y Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general, luego en el artículo 23 nos habla de los planes de Atención complementaria como conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, pero en el parágrafo del artículo 22 *ibídem* habla de Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. (Decreto 806 de 1998)

Los recursos para financiar el sistema de salud provienen de recursos fiscales, que se refieren a impuestos, y recursos parafiscales que se refieren a las cotizaciones de los trabajadores y empleadores, copagos y cuotas moderadoras, para acceder a los servicios de salud, los ciudadanos deben afiliarse al sistema e inscribirse en una aseguradora, que conocemos con el nombre de Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales tienen la función de ofrecer el plan de beneficios en salud (POS) a sus afiliados, para lo cual se crearon el régimen contributivo y el régimen subsidiado,). Las EPS contratan una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para que ofrezcan a sus afiliados los

servicios de salud que pueden ser de carácter público, como los hospitales y Empresas Sociales del Estado (ESE) o privadas, como las clínicas, que según el nivel de complejidad, pueden ser instituciones de primer, segundo o tercer nivel de complejidad.

En Colombia al plan de beneficios en salud (PBS) antes conocido como POS (Plan Obligatorio de Servicios de Salud), comprende el conjunto de servicios y tecnologías que las EPS deben garantizar a sus afiliados, los cuales a partir del año 2011 se igualó para ambos regímenes (contributivo y subsidiado), a través del Acuerdo 029 de 2011, La unificación del POS significa que a partir del 1 de julio de 2012, 22 millones 514 mil 941 colombianos afiliados al Régimen Subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo. Significa que todos los colombianos de cualquier edad, tenemos el mismo Plan Obligatorio de Salud, sin importar si somos de régimen subsidiado o del contributivo.

El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud-CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades, que Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud. (CRES, Acuerdo 029 de 2011)

La última actualización del Plan de Beneficios se realizó a través de la Resolución 5269 de 2017, y en la Resolución 5267 de 2017 se encuentran los servicios que están explícitamente excluidos del Plan de Beneficios.

Dentro de las facultades conferidas a las entidades promotoras de salud, se encuentra la consagrada en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, según el cual "las entidades promotoras de salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley". (Ley 100, 1993).

De acuerdo a Ley 1438 de 2011, que reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual señala los principios de igualdad, equidad, calidad, eficiencia, y adicionalmente tiene como objeto principal brindar un servicio de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país, motivo por el cual no se puede estimular la desigualdad, que se ve rota con los Planes Complementarios en Salud brindando un mejor servicio de calidad si los usuarios están en capacidad de pagar dicho sobrecosto que implica el Plan Complementarios (Ley 1438, 2011).

Régimen Previsto de la Ley 100 de 1993 en materia de Pensiones y Salud

El artículo 48 de la Constitución Política de 1991, prescribe la Seguridad Social como un derecho irrenunciable cuyo disfrute implica la existencia de un servicio público obligatorio prestado bajo tutela del Estado, en los términos de la Ley, y sometido, sin duda, a los principios de Eficacia, Universalidad y Solidaridad.

La Ley 100 de 1993 desarrolló ese artículo 48 de nuestra Constitución política, según la cual, la eficiencia es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios de la Seguridad Social se presten de forma adecuada, oportuna y suficiente.

El sistema creado por la Ley 100 del 93 se llama Sistema de Seguridad Social Integral S.S.S.I , pretende garantizar todas las prestaciones económicas y las de salud de los afiliados, asegurar la prestación de servicios sociales complementarios, y garantizar la ampliación paulatina de la cobertura. A partir del artículo 152, regula también el Sistema General de Seguridad Social en Salud, método para prestar el servicio básico de salud, al cual deben afiliarse obligatoriamente los trabajadores.

La afiliación al Sistema se realiza mediante la interacción de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales están dedicadas a suministrar el Plan Obligatorio de

Salud POS y la prestación efectiva de los servicios, está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Entre los beneficios de la Seguridad Social en Salud está el Plan Obligatorio de Salud que incluye al afiliado y su familia tal como lo prescriben los artículos 162 y 163 de la Ley 100 de 1993, permitiendo que los cónyuges, los compañeros, y los hijos de un afiliado, tengan derecho a los beneficios de Ley. (Ley, 1993).

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario.

El derecho a la salud en nuestro sistema jurídico no fue consagrado taxativamente como fundamental, sino que se ubicó dentro de los derechos sociales, económicos y culturales, es decir, que los primeros vestigios de la salud, no tenían la connotación de fundamental o de inherente a las personas en sí mismo, sino que entró a formar parte de un segundo grupo de derechos de connotación prestacional (Echavarria, 2013), que tienen una menor jerarquía dentro de nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo, a pesar de estas circunstancias, también encontramos en varias de las sentencias emitidas por el alto tribunal (Corte Constitucional) donde se puede ver el carácter de derecho fundamental que se le da a la salud, más que como un derecho en conexidad con otros. (Sentencias T-536 de 1992, T-426 de 1992, T-997 de 1998, C- 591 de 1998, T- 926 de 1999, T-348 de 2005, T-760 de 2008, T-658 de 2009, T- 161 de 2013, T-781 de 2013, T-541 A de 2014, C-313 de 2014, T-121 de 2015, T-002 de 2016, T- 362 de 2016, T- 094 de 2016, T- 062de 2017, T-673de 2017., (Carlos Mario Londoño Berrío, 2011 a 2013).

En estas sentencias se pueden sintetizar del derecho a la salud que “Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho (Corte Constitucional, Acción de Tutela, T-733112 y 757609, 2003).

Los desarrollos legales: Ley 100 de 1993 y otras

El Derecho a la Salud en Colombia ha tenido obstáculos Estructurales para su realización. Según el autor Mario Hernández Álvarez, Médico especialista en Bioética e Historia, señala que la Ley 100 de 1993, estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud como uno de los tres componentes de la seguridad social en el país, es un híbrido; ya que el modelo se separa del proyecto articulador del sistema de salud desde el Estado, donde se encuentra nada menos que una profunda transformación de las relaciones Estado-sociedad y del principio de justicia distributiva que las sustenta.

El nuevo sistema parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. El fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes.

El sistema de seguridad Social en Colombia plantea la coexistencia de dos regímenes: contributivo y subsidiado. El Régimen sistema Contributivo con un plan de beneficios mínimo para quienes puedan cotizar. El Regimen Subsidiado, con sólo el 70 %

de los beneficios, para los que demuestren no poder cotizar. Queda así un grupo de servicios para la atención de enfermedades catastróficas, con fondos especiales y algunos “lujos de hotelería” a los que se denomina “planes complementarios”, que fueron creados para cosas y casos especiales, sin dejar de lado la calidad y el buen servicio del POS.

El sistema está creado sobre supuestos que terminan no cumpliéndose, tales como el aumento del empleo formal y el crecimiento económico. Uno y otro han avanzado en el sentido contrario y en realidad no parece que esta situación tenga una conciliación y mejore. Mientras el sistema se sustenta prioritariamente en una relación laboral formal, la política de flexibilización, tiende a aumentar el número de trabajadores independientes de poco compromiso y responsabilidad con ellos mismos y con el Estado, avanzando hacia el aumento de la desprotección en salud y no hacia el cumplimiento de la promesa del derecho a la salud para todos. (Alvares, 2000), y de esta manera se encuentra un obstáculo de tipo estructural, como lo es la separación deliberada entre la economía del mercado y la del Estado. Los contratos privilegiados son los contratos de prestación de servicios que no son contratos laborales y si se contrata laboralmente, la tendencia es a término fijo.

Esta situación ha producido un debilitamiento de la acción del Estado mientras aumentan las inequidades propias del mercado, a pesar de los mecanismos adoptados de regulación de la competencia, profundizando la división de clases incluso en lo referente a la salud como derecho fundamental, dejando claro que la medicina es para ricos, no solo porque es prestada como medicina pre-pagada, sino también a través de los Planes Complementarios, dejando así sectores medios o bajos con el Régimen Contributivo con un Plan Obligatorio de Salud.

Los usuarios al afiliarse en una Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia entran a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS) y/o EPS.

Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

Al Régimen Contributivo, se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias, y la responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El valor de la cotización es de 12.5% del salario mensual, 8.5% le corresponde pagarlo al patrono y 4% al empleado; el trabajador independiente paga mensualmente 12.5% de sus ingresos como valor de la cotización y, el pensionado, paga 12% de su ingreso mensual.

Plan de Beneficios en Salud POS

El Plan de Beneficios o Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de salud que todas las Entidades Promotoras de salud EPS, sin excepción, deben prestarles a todas las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el Régimen Contributivo. “Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.”(Ley 100 de 1993, Artículo 162 Plan De Salud Obligatorio)

El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2011. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención,

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente Ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2011. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables. (Corte Constitucional, Sala Plena, D-7420, 2009, 2009)

Mediante sentencia de la Corte Constitucional se ordenó a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la revisión integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Como una medida complementaria, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud la revisión de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema – artículo 162, parágrafo 2, Ley 100 de 1993).

“De acuerdo con la jurisprudencia constitucional sobre el alcance de las obligaciones de protección derivadas del derecho fundamental a la salud, las autoridades

competentes para adoptar medidas de regulación en salud, deberán cumplir con las siguientes órdenes atinentes a las fallas en la regulación. En lo que respecta a los planes de beneficios, se impartirán ocho órdenes. A saber, (1) ordenar que se precise el contenido de los planes; (2) ordenar que se actualice integralmente el POS y se reduzcan las dudas; (3) ordenar que se actualice periódicamente POS” (Corte Constitucional, Sala de Revisión, T-1315769, 2008)

El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la presentación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

1. Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
2. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
3. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
4. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
5. Que se encuentren en fase de experimentación;
6. Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente la actualización de 2017 beneficio a 1.691.715 personas como resultado de la inclusión en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC de 55 procedimientos y 78 medicamentos, así como la ampliación de cobertura de 2 dispositivos

e ingresaron al Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, 55 procedimientos que desde el 1° de enero de 2018 deben estar garantizando las EPS o las entidades que hagan sus veces, cuando sean prescritos por el profesional de la salud tratante y cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Naturaleza de los Planes Complementarios de Salud

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política como un servicio público, el cual se encuentra a cargo del Estado, por lo que es deber de éste organizarlo, dirigirlo y reglamentarlo (Constitución Política, 1991). En virtud del anterior postulado, el legislador profirió la Ley 100 de 1993, la cual creó el sistema de seguridad social integral, cuyo objetivo es garantizar a los individuos un nivel y calidad de vida digna, ley que establece un sistema de seguridad social integral conformado por el sistema general de pensiones, el sistema de seguridad social en salud, el sistema general de riesgos profesionales y el de servicios sociales complementarios.

El sistema de seguridad social en salud, establece que los usuarios pueden afiliarse al régimen contributivo o al régimen subsidiado (ley 100, 1993)

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

El régimen contributivo, fue concebido como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando tal vinculación se realiza a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en

conurrencia entre éste y su empleador (Ley 100.1993), Los afiliados a este régimen son beneficiarios de los servicios incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

El plan Complementario de salud, adicional o voluntario, es aquel conjunto de beneficios adicionales, opcionales y voluntarios financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria; el acceso a estos planes, será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público cuya prestación no corresponde prestar al estado, no obstante, El artículo 169 de la Ley 100 de 1993 habla de los planes Complementarios en salud como parte de los planes voluntarios de salud, reglamentado por el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud, contempla que los afiliados al régimen contributivo pueden ser beneficiarios, a su vez, de los Planes Adicionales de Atención en Salud (PAS). Estos planes se han definido como el conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. Pero, es considerado como un servicio privado de interés público, cuya prestación no le corresponde al Estado, sino que el acceso al mismo será de responsabilidad exclusiva del particular. (Decreto 806 de 1998, Art.9), modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, así como por múltiples resoluciones y decretos, entre otras normas. Actualmente el Decreto Único Reglamentario del sector salud y de protección social 780 de 2016 compila las diferentes normas que regulan nuestro sistema.

La Entidades que actualmente prestan estos servicios son, Compensar, Sura, Sanitas, Famisanar, Nueva EPS, Salud Total, Coomeva, Cajanal, entre otras.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se pueden encontrar como planes adicionales: (i) los planes de atención complementaria en salud, (ii) los planes de medicina pre-pagada, que se registrarán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general y (iii) las pólizas de salud, que se registrarán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Los Planes Complementarios de salud están concebidos en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 como aquellos que contemplan prestaciones adicionales a las contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, los cuales serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. Así mismo, el Decreto Reglamentario 806 de 1998 (Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.), señala en el artículo 23 que el plan complementario de salud es:

“Aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud. Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste. 2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios y Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a periodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de éste periodo”. (Decreto 806 1. a., 1998)

Según el artículo 49 del Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión reguladora de Salud (CRES), están excluidos del POS entre otros, aquellos procedimientos, actividades y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y de manera específica están excluidos, entre otros, los siguientes tratamientos: De carácter estético, cosmético o suntuario El suministro de lentes de contacto, sillas de ruedas, plantillas, al igual que ciertos tratamientos como: curas de reposo o para el sueño; para la infertilidad; experimentales o con drogas experimentales; sicoanálisis; tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis parciales o implantes.. (Comision Reguladora en Salud, 2011)

De la complementariedad del Plan Obligatorio de Salud, ha señalado La Corte Constitucional que

“se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina pre - pagada a manera de plan de salud complementario del básico” (Corte Constitucional, 1996), (Corte Constitucional, Sala de Revisión, T-1522549, T-1522607, T-1526319, T-1524333, 2007).

Los Planes Complementarios de Salud hacen parte del sistema de seguridad social en salud, y tienen como objetivo fundamental suministrar al usuario, que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente a ellos una prestación en salud más benéfica pues ofrecen una mayor cobertura y/o calidad frente al Plan Obligatorio de Salud. Estos contratos surgen dentro de un esquema de contratación particular y su financiación se hace a través de recursos distintos de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social.

Los contratos surgidos de los planes complementarios de salud se rigen por las normas del derecho privado, por derivarse estos de la voluntad privada de las partes contratantes, y tienen por objeto prestar servicios complementarios al Plan Obligatorio de Salud celebrados entre una entidad y los usuarios deben estar regidos por el principio de buena fe, más aún, tratándose de contratos de adhesión en los que una de las partes no tiene la posibilidad de entrar a discutir el clausulado de éste, y una vez firmado el acuerdo de voluntades, la entidad no puede oponerse a prestar determinados servicios si éstos no se encuentran excluidos de manera expresa del contrato.

El artículo 48 de la Constitución Política dispone que el servicio público de salud debe ser prestado por el Estado bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y una de las maneras de materializar el principio de eficiencia, es que exista continuidad en

el servicio, lo cual implica que debe prestarse de manera ininterrumpida, permanente, y constante.

El Caso de Compensar y su Plan Complementario

El propósito del Plan Complementario de la EPS Compensar es brindar tranquilidad, y acompañar a sus afiliados cuando lo necesiten bajo los principios de humanización, cercanía, innovación, profesionalismo y excelencia, tiene acceso a servicios adicionales a los de la EPS, con un servicio diferencial y la mejor atención costo beneficio del mercado, brindando una red hospitalaria y ambulatoria preferencial, con modernas instalaciones, cuentan con una infraestructura de salud propia y una red de prestación de servicios para brindar atención con eficiencia, las Cuotas Moderadoras para afiliados al Plan Complementario son preferenciales, varía de acuerdo con el servicio solicitado y el estrato de afiliación de cada usuario. Se aplican tanto a cotizantes como beneficiarios, al recibir los servicios de consulta externa, fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios, laboratorio clínico (Cotizante no paga), Imagenología simple (Cotizante no paga), atención en el servicio de urgencias cuando esta no sea considerada una urgencia vital, en el caso de los copagos, los beneficiarios no los pagan por hospitalización o cirugía y en exámenes especializados tienen un tope máximo.

Para los beneficiarios al Plan Beneficios en Salud POS, no se deben realizar copagos por hospitalización, atención del parto ni cirugía, siempre y cuando dichas atenciones no sean preexistentes o se deriven de estas, y los demás servicios para los que la Ley contempla la aplicación de dichos pagos (Decreto 260, 2004), los deben realizar teniendo en cuenta los porcentajes dictados por este Decreto.

Los periodos mínimos de cotización del Plan Complementario Especial son atención inicial y estabilización de urgencias. Cobertura económica ilimitada, atención a partir del inicio de la vigencia del contrato, Parto normal, Cesárea Cobertura ilimitada, Periodo de carencia de 8 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 10 meses para

afiliaciones con tarifas individuales, tratamiento con psicoterapia individual, hasta 40 sesiones, Atención a partir del inicio de la vigencia de contrato.

Tratamiento de enfermedades terminales en unidad de cuidado intermedio, periodo de carencia para afiliados con tarifas colectivas de 5 meses y para afiliaciones con tarifas individuales de 7 meses. Tratamiento hospitalario Honorarios profesionales: cobertura económica según tarifas de compensar o de Instituciones inscritas a compensar.

En caso de requerirse valoración de dos o más profesionales de la medicina de diferentes especialidades, se reconocerá previa autorización de Compensar; Habitación Hospitalaria: cobertura económica limitada hasta 60 días acumulables al año. Servicios clínicos hospitalarios: estos servicios están limitados a la estancia en condiciones diferenciales de comodidad y hotelería. Los insumos, apoyos y procedimientos terapéuticos, medicamentos, elementos de ortesis, prótesis y similares, ayudas diagnósticas y demás tecnologías en salud que se empleen en las atenciones clínicas hospitalarias, serán las aprobadas para el año de expedición de la Resolución 0271 de 1995, con la cual se aprueba el presente Plan Complementario Especial.

- Tratamiento hospitalario psiquiátrico: cobertura por evento máximo 5 días sin que exceda de 30 días al año, no acumulables año a año. Periodo de carencia de 6 meses a partir de la iniciación de la vigencia del contrato para tarifas colectivas y de 8 meses en afiliaciones con tarifas individuales.
- Enfermedades de alto costo (Nivel IV) Periodo de Carencia de 11 meses. Medios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: I y II nivel: atención a partir del inicio de la vigencia del contrato III y IV nivel: periodo de carencia para afiliaciones con tarifas colectivas será 5 meses y para afiliaciones con tarifas individuales 7 meses. Controles prenatales y curso psicofísico: atención a partir del inicio de la vigencia del contrato.

- Tratamiento de enfermedades terminales a través de cuidados en casa: periodo de carencia de 5 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 7 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Tratamiento para paciente internado en unidad de cuidados intensivos con estancias menores de 5 días: periodo de carencia de 6 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 8 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Tratamiento con quimioterapia y radioterapia para el cáncer: periodo de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Riñón artificial y diálisis peritoneal en forma ambulatoria para el tratamiento de insuficiencia renal reversible: periodo de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Tratamiento quirúrgico para el paciente con trauma mayor: periodo de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Tratamiento para el paciente internado en UCI y/o intermedios con estancias superior a 5 días: periodo de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y sistema nervioso central: periodo de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Reemplazos articulares: periodos de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.

- Tratamiento del gran quemado: periodos de carencia de 11 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 13 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Tratamiento de enfermedades que requieren manejo quirúrgico del grupo 8 y superiores, según el Plan Obligatorio de Salud: periodo de carencia de 6 meses para afiliaciones con tarifas colectivas y 8 meses para afiliaciones con tarifas individuales.
- Inclusión automática del recién nacido: Incluye los costos de los servicios neonatales médicos y hospitalarios hasta 30 días contados a partir del nacimiento excluidas malformaciones y/o anomalías congénitas y las cirugías. No obstante la inclusión automática, debe solicitarse la inclusión formal al Plan Complementario Especial, si se desea continuar el amparo del recién nacido. Si la inclusión formal es dentro de los primeros 30 días, el recién nacido se beneficiará de la cobertura de la madre, dada su antigüedad en el Plan Complementario Especial. Si la inclusión formal es solicitada después de los primeros 30 días posteriores al nacimiento, tendrá los beneficios como nuevo usuario, de acuerdo a lo estipulado en el contrato.

Principio de Integralidad del Derecho a la Salud.

Una de las perspectivas de la eficiencia en la prestación del servicio de salud es el principio de integralidad, que consiste en garantizar al usuario del sistema de salud la autorización y prestación de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera con ocasión del cuidado de las enfermedades que padece y que sean considerados esenciales por el médico tratante.

La atención y el tratamiento a que tienen derecho el afiliado cotizante y su beneficiario son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de droga, intervención quirúrgica, práctica de rehabilitación, examen para el diagnóstico y el

seguimiento, y todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento del estado de salud del paciente que se le ha encomendado, dentro de los límites establecidos en la ley”. (Corte Constitucional, Sentencia T-136 de 2004

En este caso el juez de primera instancia tuteló, los derechos a la salud y a la seguridad social invocados por el accionante y dio la orden de garantizar el tratamiento integral requerido. Sin embargo, el juez de segunda instancia confirmó la tutela de los derechos, pero revocó la orden de garantizar el tratamiento integral por considerarlo un hecho incierto y futuro que no podía ser protegido por vía de tutela. El caso fue seleccionado por la Corte Constitucional con el fin de precisar en su sentencia que, de acuerdo a las reglas jurisprudenciales desarrolladas en fallos anteriores, es deber del juez de tutela garantizar la integralidad en materia de salud, específicamente, tratándose de la prestación del servicio.

Por tal motivo revocó parcialmente la orden del juez de segunda instancia, ordenando que se garantizara el acceso del resto de servicios médicos que debían entenderse incluidos en el tratamiento médico, ordenado por el médico tratante. En este caso la Corte reiteró la posición sobre el principio de integralidad en materia de salud que había asumido en las sentencias T-133 de 2001 (M.P. Carlos Gaviria Díaz) y T-079 de 2000 (M.P. Alejandro Martínez Caballero). Corte Constitucional, sentencia T-970 del 9 de octubre de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

“Respecto del alcance de los Planes Complementarios de Salud reconocidos en convenciones colectivas de trabajo, el fallo reiteró lo dicho en la sentencia T-433 de 2007, donde afirma que la incapacidad económica de acceder a prestaciones excluidas de los planes obligatorios, puede eventualmente vulnerar en casos concretos el derecho a la salud en conexidad con la vida, así como incorporar el desconocimiento de los llamados derechos civiles y políticos, y los derechos económicos sociales y culturales, por lo que en principio la ausencia de recursos de la demandada no constituye razón suficiente para excluir a los ciudadanos del acceso a las prestaciones de salud, en tanto esta situación constituiría un trato discriminatorio inadmisibles”. (Sentencia T-433 de 2007).

No obstante, lo anterior, sostuvo que los Planes Complementarios de Salud eran de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, prestaciones adicionales a las que tienen derecho los afiliados al sistema general de seguridad social en salud y en tal medida su prestación no es una responsabilidad del Estado, pues son asuntos que en principio están a cargo de los propios usuarios. Sin embargo, aclaró, que los planes complementarios de medicina pre-pagada o de seguros de salud, pueden ser ofrecidos por los empleadores a sus trabajadores como beneficios extra legales y una modalidad de ello, sería la suscripción de una convención colectiva de trabajo.

Sobre el punto neurálgico relativo a las convenciones colectivas, su vigencia y la procedencia de la acción de tutela para reclamar su cumplimiento, la Corte en la sentencia T- 844 de 2007, preciso que: “(i) las controversias que se deriven de la aplicación de las mismas son asuntos que, de manera general, desbordan el ámbito de la acción de tutela, salvo que se trate de un asunto de relevancia constitucional y se esté ante la insuficiencia de los mecanismos judiciales ordinarios fundada en la inminencia de un perjuicio irremediable; y (ii) la subsistencia de las cláusulas convencionales se circunscribe a la vigencia de la relación laboral, por lo que “en casos específicos relativos a procesos de liquidación la regla general es que las mencionadas cláusulas dejan de ser vinculantes cuando culmina el proceso liquidatorio y la entidad objeto del mismo desaparece. Por lo tanto, la tutela solo procede excepcionalmente contra cláusulas convencionales cuando con la pérdida de vigencia se puedan producir situaciones que atenten contra los derechos fundamentales, pero esto es la excepción.

En lo relativo al tópico, sobre si la eliminación de los Planes Complementarios constituyen un retroceso sostuvo que al respecto debe tenerse en cuenta lo sostenido en la sentencia C-038 de 2004, en la que se estableció que no era posible aplicar mecánicamente el mandato de progresividad, y así la prohibición de regresividad, “...*si aparece claro que el fin constitucional que se persigue y que eventualmente podría justificar un retroceso en la protección de los derechos sociales, hace necesario aplicar la medida*”, lo cual exige que dichas justificaciones estén acordes con el principio de proporcionalidad.

Acorde con lo señalado, estima que en materia de salud la aplicación de la prohibición de regresividad, la configuran por regla general aquellas prestaciones en salud establecidas por el legislador dentro de los planes obligatorios en la medida que el contenido de éstos se puede interpretar como un mínimo sobre el cual no se pueden aplicar medidas que impliquen un retroceso. En ese orden de ideas, la suspensión de los Planes Complementarios, no constituye una afectación del principio de no regresividad de los derechos sociales de tal dimensión, que afecta el contenido fundamental del derecho a la salud.

Tomando en cuenta lo anterior, la Corte en la Sentencia T-844 de 2007 concluyó, que para el caso en estudio no se había presentado una situación constitucionalmente relevante que sustentara la inclusión de los beneficios adicionales propios del Plan Complementario, dentro del contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud, dado que no existían razones que justificaran la no aplicación de la regla general según la cual, los planes complementarios de salud son planes adicionales a cargo del afiliado y no a cargo del Estado (Sistema General de Seguridad Social) e igualmente ratificó que las cláusulas convencionales tienen vigencia sólo hasta la culminación del proceso liquidatorio de la respectiva entidad.

Conclusiones

A partir de la introducción de los Derechos Humanos en la Constitución (Neoconstitucionalismo) de 1991 y su posterior desarrollo de los derechos fundamentales, se ha llegado a la consagración del derecho a la salud como derecho humano fundamental y que se encuentra ampliamente cobijado y protegido, de forma tal que toda la legalidad ha entendido la salud como un derecho integral y por lo tanto que debe cobijar todas las contingencias que se le puedan presentar a un ciudadano, en este sentido se puede afirmar que no es necesario un plan Complementario de Salud que sea el que otorgue esa integralidad en el cuidado de la salud. Es por eso que se puede establecer que los Planes Complementarios de Salud en las Entidades Promotoras de Salud, si vulneran el derecho fundamental a la salud integral al ya estar incluido éste derecho dentro de los Planes Obligatorios de Salud que regula la Ley 100 de 1993 y su desarrollo posterior.

El derecho a la salud integral consiste en la atención de las enfermedades que pueden acaecer a los ciudadanos y que pueden y deben ser atendidas por el Estado en el logro de los fines del Estado y el cuidado en particular que la salud requiera. El desarrollo constitucional del derecho a la salud ha ampliado el campo de acción de la salud integrando el concepto de salud integral.

Al analizar los elementos que componen un Plan Complementario de Salud se puede evidenciar que éste debe recoger la atención integral al paciente, lo mismo que quien no tiene el Plan de Beneficios en salud, por lo tanto no se mejora la atención en salud, pues los Planes Obligatorios de Salud deben garantizar también la salud integral y no se hace necesario tener un Plan Complementario para recibir una atención integral en salud.

El establecer cuáles son los límites y alcances del Plan Obligatorio de Salud desde la perspectiva de un concepto de salud integral muestra que la diferencia del Plan Complementario radica en que se favorece la agilidad en los trámites meramente administrativos y de atención pronta a los ciudadanos, valor que si es importante toda vez

que la salud debe ser pronta y eficaz, pero que establece un perjuicio, pues no solo encarece el servicio sino que establece desigualdades en la atención. Generando la falsa visión que es mejor estar afiliado a un Plan Complementario para lograr una mejor atención

El lenguaje es importante pues es el resultado de la concepción epistemológica de una fenomenología concreta, es decir, que las implicaciones que tiene en llamar Plan de Beneficio en lugar de Plan Obligatorio de Salud marca una diferencia muy importante pues se muestra la salud más como un privilegio que como un Derecho.

Una de las posibles soluciones para que los Planes Obligatorias de Salud conlleven un servicio de calidad y eficacia es que los mismos servicios que otorgan los Planes Complementarios se brinden de igual manera en el POS. y que si existe un mejor campo de acción y aplicación diferencial en términos de prestación en salud, no se llame Plan Complementario sino Medicina pre-pagada; concepción que ya está regulada y no vulnera los derechos de los usuarios del sistema de salud.

Referencias Bibliográficas

- Jurisprudencia Corte Constitucional, Sentencia T-161/13 (CORTE CONSTITUCIONAL 16 de ENERO de 2013).
- Alvares, M. H. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización*.
- Londoño Berrío, Carlos Mario, J. F. (2011 a 2013). *Tensión entre el derecho fundamental a la salud y la libre voluntad de las partes contratantes en los planes voluntarios de*. Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v5n2/v5n2a02.pdf>:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v5n2/v5n2a02.pdf>
- Colombia, E. C. (1993). *LEY 100* . BOGOTÀ: Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993.
- Comision Reguladora en Salud, a. 2. (2011). *Comision Reguladora En Salu*.
- Congreso. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100. *Ley 100 del 93*. Bogota, colombia.
- Congreso. (2005). *Constitucion Politica De Colombia*. Bogota: Temis.
- congreso. (2005). Constitución Política de Colombia 1991. *Constitución Política de Colombia 1991*. bogota: leyer.
- Const., 1. a. (1991). *Constitucion Politica de Colombia*.
- Corte Constitucional, T-533 (Corte Constitucional 1996).
- Corte Constitucional, Sala de Revisión, T-1315769, T-760 (Corte Constitucional 2008).
- Corte Constitucional, Sala de Revisión, T-1522549, T-1522607, T-1526319, T-1524333, T-433 (Corte Constitucional 29 de MAYO de 2007).
- Corte Constitucional, Sala Plena, D-7420, 2009, D-7420 (Corte Constitucional 2009).
- Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión, T-4286464, T-541A/14). (Corte Constitucional 25 de MAYO de 2014).
- Decreto 260, 2. a. (2004). *Decreto*.
- Decreto 806, 1. a. (1998). *Decreto 806*.
- Decreto 806, 1. a. (1998). *Decreto 806*.

Echavarria, J. L. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia.
superintendencia Nacional de Salud.

ECHAVARRIA, J. L. (2013). Tensión Entre el Derecho Fundamental a La Salud y la
Libre Voluntad Entre Las Partes Contratantes. (*Póliza y medicina prepagada*), 20.

Ley 100, 1. 1. (23 de diciembre de 1993). Ley 100. *Ley 100*. Bogotá.

ley 100, 1. a. (1993). *Ley 100*.

Ley 100.1993, a. 2. (1993). *Ley 100*.

Ley 1438, 2. (2011). *Ley 1438*.

Ley, 1. 1. (1993). Ley 100.

Oliver., L. T. (2005). *Constitución Política de Colombia*. Bogota: Temis.