

Editorial



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Editorial

La tutela en salud Health and custody

Luz Nelly Tobar Bonilla

Editora revista Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello.

Profesora, Universidad del Rosario - Universidad de La Sabana. Hospital Universitario de la Samaritana.

Otorrinolaringóloga Coordinadora del Departamento de Rinología y Base de Cráneo, Clínica José A. Rivas. Bogotá, D. C., Colombia.

Con respecto a la salud, se comprueba la vulneración sistemática por parte de las entidades aseguradoras, al seguir imponiendo barreras en el acceso a los servicios de salud y obligando a los ciudadanos a interponer tutelas por tecnologías incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que ya han sido canceladas mediante el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

El Estado es el que está obligado a prestar y garantizar la seguridad social y la salud de los colombianos.

Por ello, antes de pensar en la limitación de esta figura constitucional, resulta necesario crear mecanismos efectivos que resuelvan los problemas de salud de los usuarios, para evitar llegar a la interposición de tutelas como única garantía de protección del derecho fundamental a la salud.

Por lo anterior, y frente a los proyectos de ley que cursan en el Congreso de la República, tanto ley estatutaria como ordinaria, la Defensoría del Pueblo manifiesta la necesidad de mantener la Acción de Tutela sin modificaciones ni límites, de tal forma que los ciudadanos puedan seguir acudiendo a ella cuando cualquier entidad, pública o privada, intente violar sus derechos fundamentales.

La Acción de Tutela procede para la orden de tratamiento integral, cuando este garantiza la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones del paciente, previamente determinadas por su médico tratante, por lo que dicha orden debe cumplir con los siguientes presupuestos:

“(i) La descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante; (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión, o (iii) por cualquier otro criterio razonable”.

La Corte Constitucional ha señalado que: “*existe una serie de casos o situaciones que hacen necesario brindar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), casos que involucran sujetos de especial protección constitucional y de personas que padezcan enfermedades catastróficas*”.

La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras, y los casos en los que procede su exoneración

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, condicionalmente exequible, estableció que los usuarios estarían sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles para acceder a los beneficios contenidos en los planes de salud, y que estos valores tienen la finalidad de racionalizar el uso de servicios del sistema y de complementar la financiación del POS. Así mismo, dicha norma también determina que en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. La Corte Constitu-

Correspondencia:

Carrera 15 N.º 84-24, consultorio 213

Tels. 256 5841-316 289 3828

tobar.nelly@gmail.com

cional ha señalado que las cuotas moderadoras y los copagos son necesarios para el sostenimiento del sistema, pero que no pueden convertirse en barreras para que las personas que no cuentan con los recursos económicos para cubrirlos puedan recibir un tratamiento médico, de tal manera que de existir una controversia alrededor de este asunto, esta debe darse a favor de la protección de los derechos fundamentales.

Se debe eximir al afiliado de realizar estos pagos:

“(i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a este, asumiendo el 100% del valor, y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que este sea suministrado, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio”.

Es de resaltar que a pesar de estas reglas, la Corte ha dicho que en cada caso, será el juez constitucional el encargado de verificar si el pago de estos valores obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales.

Al respecto, se han trazado unas reglas probatorias específicas para establecer la capacidad económica de los pacientes que aducen no tenerla. Se ha dicho que: *“La EPS siempre cuenta con información acerca de la condición económica de la persona, lo que le permite inferir si puede o no cubrir el costo. Por eso, uno de los deberes de las EPS consiste en valorar si con la información disponible o con la que le solicite al interesado, este carece de los medios para soportar la carga económica”.*

Continuidad en los tratamientos médicos

La jurisprudencia constitucional se ha encargado de concretar el contenido y alcance del derecho de los ciudadanos a no sufrir interrupciones bruscas y sin justificación de los tratamientos en salud que reciben. Los criterios que informan el deber de las EPS de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son:

“(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad,

(ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos,

(iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”.

El criterio de necesidad del tratamiento o medicamento, como pauta para establecer cuándo resulta inadmisibles que se suspenda el servicio en salud, en los casos en que una persona terminó una relación laboral, no vuelve a cotizar, pero tampoco se encuentra vinculada a otro régimen, y está recibiendo un servicio específico de salud, debe primar dicho criterio, pues de lo contrario implicaría sacrificar el goce efectivo de los derechos a la vida y a la integridad de la persona.

De acuerdo con lo anterior, se vulnera el derecho a la salud cuando a pesar de la confianza generada con la atención suministrada, esta es suspendida en forma brusca, a pesar de que el afectado padece una enfermedad que previamente ha sido diagnosticada y tratada por una entidad prestadora, en especial cuando requiere servicios médicos específicos y permanentes, de los cuales dependa la vida y la integridad personal.

Por consiguiente: *“En los casos en que una persona pierde su calidad de afiliado al sistema general de Seguridad Social en Salud, las entidades prestadoras tienen el deber de respetar la continuidad de los tratamientos médicos que se estén adelantando, hasta tanto otro operador del sistema asuma la prestación del servicio de salud del paciente”.*

El transporte en el sistema de salud

Desde el 2000, la Corte Constitucional ordenó la financiación de los gastos de desplazamiento y hospedaje de una persona para facilitarle el acceso a los servicios de salud que requiriera, apoyada en el principio constitucional de solidaridad, que impone a toda persona el deber de responder *“con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”.*

Al respecto, dicha corporación ha señalado que: *“Si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica”.*

Es procedente la Acción de Tutela para solicitar el traslado en ambulancia o subsidio de transporte, incluido el hospedaje para el paciente en los eventos que el servicio esté excluido del POS, siempre que se verifique:

“(i) que el procedimiento o tratamiento se considere indispensable para garantizar los derechos a la salud y a la integridad, en conexidad con la vida de la persona;

(ii) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado, y

(iii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario”.

Así mismo, también procede la Acción de Tutela para garantizar el pago del traslado y estadía del usuario con un acompañante *“en aquellos casos en los que el paciente sea totalmente dependiente de un tercero para su desplazamiento, requiera atención permanente para garantizar su*

integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas, y ni él ni su núcleo familiar cuenten con los recursos suficientes para financiar el traslado”.

El Acuerdo 029 de 2011, expedido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que actualizó los planes obligatorios de salud, dispuso que tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, está incluido el transporte en ambulancia para el traslado entre las instituciones prestadoras del servicio de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, y en un medio diferente a la ambulancia cuando el servicio que requiera el paciente no esté disponible en el municipio de su residencia. Además, estableció que el servicio de traslado cubrirá el medio adecuado y disponible en el contorno geográfico en que se encuentre el paciente.

En resumen, el transporte dentro del sistema de salud es considerado una prestación que permite el acceso a los servicios médicos. De ahí que no conceder el traslado a un paciente y a su acompañante en los casos previstos vulnera su derecho a la salud, pues impide el acceso a las atenciones requeridas para que recupere su estado de salud.

Viabilidad de la Acción de Tutela para superar quebrantamientos o riesgos contra derechos fundamentales originados en el desarrollo de contratos de medicina prepagada

La medicina prepagada es una modalidad dentro de los planes adicionales de salud creados por el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 y modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, “*que pueden ser contratados por los afiliados al régimen contributivo de salud, con el fin de obtener mejores condiciones en su atención y, ocasionalmente, beneficios adicionales no incluidos en el POS, según los servicios médicos pactados en un contrato, por los cuales las empresas de medicina prepagada cobran un precio determinado*”.

Por tal motivo, la relación surgida entre el usuario y la empresa de medicina prepagada es de derecho privado, convirtiéndose lo establecido en el contrato como ley entre las partes. Sin embargo, al contrato tener incidencia en el servicio público de salud, la Corte ha reconocido que:

“La ejecución de los planes de medicina prepagada puede involucrar la efectividad de los derechos fundamentales del afiliado, tales como la vida, la integridad física y la salud”.

Por regla general, en las controversias que se originan en este tipo de contratos, por estar en presencia de un acuerdo privado de voluntades, la Acción de Tutela es improcedente. Sin embargo, si se ve claramente el abuso de una posición dominante, que llegue a comprometer un derecho fundamental, o cuando se está en presencia de un perjuicio irremediable, sí es procedente esta acción. Por lo anterior, la Corte Constitucional ha establecido los siguientes criterios, bajo los cuales es posible concretar la protección constitucional del derecho a la salud de los usuarios de planes adicionales:

a) En la celebración del contrato.

- i. *“Los contratos de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no estén afiliadas al Régimen Contributivo. La omisión de esta disposición obliga a la empresa a prestar el servicio integral de salud a su afiliado, sin considerar las limitaciones pactadas, pues de no hacerlo, la persona quedaría desprotegida ante las amenazas a la vida y a la salud no cubiertas por el plan de medicina prepagada.*
- ii. *Antes de celebrar el contrato, las empresas de medicina prepagada deben practicar rigurosos exámenes médicos. Tiene como finalidad conocer el estado de salud del potencial contratante y detectar preexistencias, cuya atención quedaría fuera de cubrimiento, expresamente aceptadas después de comunicárselas, para que el interesado adopte una decisión informada que le permita decidir libremente si celebra o no el contrato”.*

Respecto a cada uno de estos exámenes, es necesario establecer:

- *“Debe practicarse antes de la celebración del contrato, pues su finalidad es generar seguridad jurídica a las partes respecto del estado de salud del paciente, quien así tendrá claro lo que se le cubre y lo que no.*
- *Debe practicarlo la empresa de medicina prepagada, ya sea directamente o a través de un profesional de su confianza.*
- *Debe entregarse copia del examen al paciente.*
- *Su costo debe ser asumido por la empresa de medicina prepagada.*
- *La responsabilidad por la idoneidad o alcance del examen, respecto del diagnóstico del paciente, será de la empresa de medicina prepagada.*
- *Solo puede objetarse por renuencia u ocultamiento de información por parte del paciente respecto de un padecimiento que este conoce o debió conocer.*
- *Las enfermedades no diagnosticadas en este examen no podrán ser consideradas preexistencias y deberán ser tratadas y atendidas médicamente por la entidad, salvo que estén expresamente excluidas por otro factor.*
- *La empresa debe informar al aspirante cuáles son sus preexistencias, de manera que la eventual suscripción sea informada y voluntaria”.*

iii. En virtud del principio de la buena fe y confianza mutua en la relación contractual, exige de las partes *“un comportamiento que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas”.*

b) Durante la ejecución del contrato.

- i. *“Las empresas de medicina prepagada deben cumplir estrictamente las cláusulas del contrato celebrado con el usuario y satisfacer su objeto, dentro de las normas que regulan la materia.*

- ii. *Durante la ejecución del contrato no pueden ser modificadas unilateralmente las condiciones para su cumplimiento.*
 - iii. *La empresa de medicina prepagada no puede delegar en la EPS la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato.*
 - iv. *Si el contrato de medicina prepagada prevé servicios incluidos en el POS, la empresa no puede negarse a suministrarlos argumentando que pueden ser prestados por la EPS. Es el usuario quien elige libremente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de requerir atención médica”.*
- c) Preexistencias y exclusiones.
- i. Las preexistencias solamente se entienden excluidas del contrato en aquellos eventos que previa, expresa y taxativamente hayan sido aceptados por el afiliado y especificados en el contrato. La Corte ha establecido que: *“Las preexistencias son enfermedades o condiciones que aquejan al paciente desde antes de firmar el contrato y que, en consecuencia, quedan por fuera de su cobertura.*
 - ii. *Las exclusiones constituyen limitaciones al contrato de prestación de servicios de salud, por lo que su interpretación y aplicación debe ser restrictiva, respetando el principio de buena fe contractual. Dichas exclusiones no pueden referirse genéricamente a toda una rama de enfermedades, tratamientos o estudios diagnósticos, ni omitir señalar con precisión, en lenguaje claro, las afecciones que se excluyen, de tal manera que el usuario pueda decidir libremente si adhiere o no al contrato”.*

La diferencia entre preexistencias y exclusiones radica en que las primeras hacen referencia a condiciones específicas de la persona que celebra el contrato, las cuales deben detectarse de manera previa. Las segundas se refieren a exclusiones generales de los modelos contractuales que aplican a la generalidad de los usuarios. En todo caso, ambas deben ser específicas y claras, a la vez que estar incluidas previa, expresa y taxativamente en el texto del contrato.

El médico tratante es el profesional idóneo para determinar si un servicio de salud asistencial es requerido o no por un usuario

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional en salud, cuando una persona acude a su EPS para que esta le suministre un servicio que se requiere o requiere con necesidad, el fundamento sobre el cual descansa el criterio de necesidad es que exista orden médica que autorice el servicio.

Por ello, la Corte Constitucional ha señalado que el profesional idóneo para determinar las condiciones de salud de una persona, y el tratamiento médico que se debe seguir, es el médico tratante, cuyo criterio se fundamenta, a su vez, en la relación que existe entre el conocimiento científico con que cuenta el profesional, y el conocimiento certero de la historia clínica del paciente.

La remisión del médico tratante es la forma instituida en el sistema de salud para garantizar que los usuarios reciban atención profesional o especializada, y que los servicios de salud que solicitan, sean los adecuados. Es así como la orden del médico tratante respalda el requerimiento de un servicio, y cuando esta existe, es deber de la entidad responsable suministrarlo.

Las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) son las llamadas a responder por las prestaciones económicas y asistenciales que demanden sus afiliados

El Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) funciona bajo la lógica de un sistema de aseguramiento. En ese marco, el empleador tiene la carga de la afiliación y del pago oportuno de las cotizaciones al sistema. El asegurador, o sea la ARL, se obliga a atender cualquier contingencia que sufra el trabajador debido a sus actividades laborales.

La atención que brinda el sistema incluye la garantía en la prestación de los servicios de salud y en el reconocimiento de las prestaciones económicas. Tal atención debe ser oportuna, continua e integral, porque su propósito es proteger eficazmente al trabajador, frente a las eventualidades que menoscaban su salud y su capacidad económica.

La pensión de invalidez hace parte de las prestaciones económicas que el SGRP consagra a favor del trabajador. De conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 776 de 2002, el afiliado tiene derecho a obtenerla desde el mismo día en que se define su invalidez.

Principio de “requerir con necesidad”

En los casos en que el médico tratante formula un medicamento o tratamiento que se requiere para garantizar la vida digna e integridad física de los accionantes; las entidades prestadoras de salud se niegan a suministrarlo, debido a que no se encuentra contemplado en la lista del Plan Obligatorio de Salud, y los actores alegan no tener la capacidad económica suficiente para acceder por ellos mismos a lo prescrito por el médico, la Corte Constitucional ha establecido criterios que garantizan el acceso a los servicios de salud excluidos del POS, así:

- i. *“La falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa, debe amenazar los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado;*
- ii. *Debe tratarse de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente;*
- iii. *Que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda*

- acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios prepagados, etc.), y finalmente,
- iv. *Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante*”.

Lo anterior surgió principalmente del principio de “requerir con necesidad”, que antes de la Sentencia T-760 de 2008 no había sido nombrado con tanta claridad, pero en cada caso habían sido aplicados los mismos criterios.

Al respecto, la Corte aclaró que: “Requerir un servicio y no contar con los recursos económicos para poder proveerse por sí mismo el servicio, se le denomina ‘requerir con necesidad’, aclarando los conceptos de ‘requerir’ y de ‘necesidad’. Frente al primero adujo que se concretaba en que: a) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; b) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio, y c) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo”. Sobre el segundo afirmó que “(...) alude a que el interesado no puede costear directamente el servicio, ni está en condiciones de pagar las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del mismo se encuentra autorizada a cobrar (copagos y cuotas moderadoras), y adicionalmente, no puede acceder a lo ordenado por su médico tratante a través de otro plan distinto que lo beneficie”.

El criterio de la necesidad, acogido por la Corte Constitucional, adquiere mayor fortaleza cuando se trata de sujetos que, por la calidad de la enfermedad padecida, el grupo poblacional al que pertenecen o el tipo de servicio solicitado, se encuentran en estado de indefensión y requieren, en esa medida, una especial protección por parte del juez constitucional.

El debido proceso en los trámites seguidos ante las juntas de invalidez

A partir de los artículos 42 y 43 de la Ley 100 de 1993, la Corte Constitucional ha considerado que “el fin de las juntas de calificación de invalidez es la evaluación técnica científica del grado de pérdida de la capacidad laboral de los individuos que se sirven del sistema general de seguridad social. El dictamen de las juntas de calificación es la pieza necesaria para la expedición del acto administrativo de reconocimiento o denegación de la pensión, propiamente dicho.

En cuanto al procedimiento establecido para la adopción de sus decisiones, se encuentra contenido en los artículos 38 a 43 de la misma norma, desarrollado por el Decreto 917 de 1999 y el Decreto 2463 de 2001. Además, dicho trámite debe estar regido, según el artículo 2° del último decreto, por los postulados de la buena fe, y consultará los principios establecidos en la Constitución Política y en la Ley 100 de 1993, que son, entre otros, los de respeto a la dignidad humana y cumplimiento cabal del derecho al debido proceso.

Igualmente, de conformidad con el artículo 1° de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas ‘para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten’, siguiendo los principios rectores de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, entre otros.

Ahora bien, el cumplimiento de las normas mencionadas por parte de las juntas, las cuales cumplen funciones públicas relacionadas con el derecho fundamental a la seguridad social, ha sido considerado por la jurisprudencia constitucional como parte integrante del derecho fundamental al debido proceso de las personas que están surtiendo ante las mismas los trámites para la calificación de su invalidez.

Es por ello que la Corte ha indicado que los dictámenes emitidos por las juntas de calificación de invalidez deben ser motivados de manera técnica y científica, en correspondencia con lo ordenado en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, que consagra que estos deben ‘contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión’, y en el artículo 31 del Decreto 2463 de 2001, que prescribe que los mismos ‘deben contener las decisiones expresas y claras sobre el origen, fecha de estructuración y calificación porcentual de pérdida de la capacidad laboral’.

Es así como la Corte Constitucional ha indicado que las juntas deben observar unas reglas básicas dentro del proceso de calificación de invalidez, así:

- i. *“La solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral solo podrá tramitarse cuando las entidades hayan adelantado el tratamiento y rehabilitación integral o se compruebe la imposibilidad de su realización. Al efecto, a tal solicitud se debe allegar el certificado correspondiente.*
- ii. *Valoración completa del estado de salud de la persona cuya invalidez se dictamina o se revisa, para lo cual las juntas deben proceder a realizar el examen físico correspondiente antes de elaborar y sustanciar la respectiva ponencia, y*
- iii. *Motivación de las decisiones adoptadas por estos organismos, pues deben sustanciar los dictámenes que emiten, explicando y justificando en forma técnico-científica la decisión que adoptan.*

De igual manera, atendiendo al hecho de que las determinaciones de las juntas constituyen el fundamento jurídico para lograr el reconocimiento y pago de prestaciones sociales, estas deben realizar una valoración completa del estado de salud de la persona cuya invalidez se dictamina, por medio de un examen físico y teniendo en cuenta todos los fundamentos de hecho que deben contener los dictámenes, es decir, la historia clínica (antecedentes y diagnóstico definitivo), reportes, valoraciones, exámenes médicos, evaluaciones técnicas y en general todo el material probatorio que se relacione con las deficiencias diagnosticadas.

En el mismo sentido y para garantizar una correcta valoración médica del paciente, el Decreto 2463 de 2001, en

su artículo 13 numerales 7 y 36, prevé que en caso de que la Junta de Calificación considere necesario realizar exámenes y evaluaciones diferentes a los aportados en la historia clínica, podrá ordenar su práctica”.

El derecho a acceder a la prestación del servicio de atención médica domiciliaria

Todo usuario de los servicios en salud tiene derecho a que se le autorice y suministre la atención médica domiciliaria debidamente prescrita por su médico tratante, aun si dentro de la red de prestadores de la EPS, dentro del municipio, no haya nadie que pueda prestarlo. Es así como:

- i. *“Toda persona que lo requiera, de acuerdo con el concepto de su médico tratante, tiene derecho a acceder efectiva y oportunamente al servicio de atención médica domiciliaria y al suministro de oxígeno (servicios incluidos en el POS). Para cumplirlo, las EPS deben proceder a autorizar y brindar el servicio sin dilación, tan pronto tengan conocimiento de que existe una orden médica en tal sentido.*
- ii. *La obligación de prestar el servicio de atención médica domiciliaria requerido por un usuario no se exceptúa cuando la EPS aduce no tener en su red de prestadores un proveedor de dicho servicio en el municipio de residencia del paciente. Es deber de la entidad superar esta dificultad y tomar las medidas necesarias para garantizar la prestación efectiva del servicio”.*

El concepto de portabilidad

La portabilidad consiste en que la prestación de los beneficios en salud se dé en cualquier lugar del país con la sola presentación de su documento de identidad, en un marco de sostenibilidad financiera, e impone a las Entidades Promotoras de Salud, sean del régimen contributivo o del subsidiado, la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud de sus afiliados en todo el territorio nacional.

Con este concepto, se trata de garantizar que los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud puedan acceder a los servicios que requieran en cualquier parte del territorio, por lo que las EPS deben prestar los servicios de salud directamente en las sedes de la entidad en las diferentes ciudades o regiones del país, o en acuerdo con otras entidades promotoras de salud, sin que se exija a los usuarios solicitar los servicios de salud que requieran únicamente en el lugar en el cual se afiliaron al sistema.

Con las tutelas se pretende un mejor servicio para los usuarios; sin embargo, no se debe aprovechar y abusar de ellas, ya que podrían llevar a la quiebra de entidades que son las prestadoras de los servicios de salud; bien utilizada, la tutela es una herramienta útil para el bienestar y la salud de los usuarios.

Basado en el documento de la Defensoría del Pueblo “La tutela y el derecho a la salud, 2012”, de Otálora y cols.